FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890 — N —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 26 Juillet 1890, à 1 heure

PAR

Raymond MARTIN
Né à St-Louis (Sénégal), le 11 mars 1861
Interne à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine.

DES TROUBLES PSYCHIQUES
DANS
MALADIE DE BASEDOW

Président : M. DEBOVE, *professeur*.

Juges : MM.
CH. CAMPENON, *professeur*,
HANOT, QUENU, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	X...
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. VERNEUIL. LE FORT.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUPLAY N. GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REYNIER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE ET PARRAIN

M. Reymond Martin, à Loredo, Texas.

A MES BONS AMIS

Joseph Cargue, avoué, licencié en droit,
Georges Arnaud, ingénieur des mines.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

HOMMAGE DE GRATITUDE A MES BIENFAITEURS

M. le Professeur GRANCHER

Professeur de clinique aux Enfants-Malades,
Officier de la Légion d'honneur.

M. ADRIEN HÉBRARD

Sénateur, directeur du « Temps »
Syndic de la Presse,
Président du Conseil général de la Haute-Garonne.

L. HERBITTE

Conseiller d'Etat,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Directeur de l'Administration pénitentiaire.

M. ARNAUD,

Officier de la Légion d'honneur,
Ingénieur des Ponts-et-Chaussées,
Directeur des chemins de fer de ceinture.

A M. LAGUESSE

Chevalier de la Legion d'honneur,
Directeur de la Prison de la Santé.

Je présente tous mes remerciements,

A M. le Professeur DEBOVE
Chevalier de la Légion d'honneur

qui à daigné accepter la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

C'est de l'enseignement clinique, donné par M. le Dr Joffroy à la Salpétrière que nous avons pris l'idée de ce travail. A propos des cas de goître exophthalmique que renferme son service, nous avons souvent vu M. Joffroy s'attacher particulièrement aux troubles psychiques qui s'observent au cours de cette affection. De plus ce sujet a été mis récemment à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Nous avons pensé à réunir certains éléments de la question éparpillés dans les littératures médicales française et étrangères et à présenter cette sorte de recueil à la Faculté le jour de la soutenance de notre thèse inaugurale.

Le problème difficile des rapports exacts du goître exophthalmique avec les psychoses qui l'accompagnent est simplement posé dans les lignes qui suivent. Nous n'avons aucune prétention à le résoudre. Donner une idée précise des connaissances acquises jusqu'à ce jour et réunir le plus de matériaux qu'il nous a été possible pour l'étude des troubles psychiques liés à la maladie de Basedow : telle a été notre intention.

Qu'on nous permette au seuil de cette étude de nous conformer à un usage respectueusement établi, et de re-

porter notre souvenir sur les maîtres honorés qui nous ont guidé dans nos études médicales et auprès desquels nous avons toujours trouvé l'enseignement le plus sûr et l'accueil le plus favorable.

Nous adressons un hommage tout spécial de gratitude à M. le professeur Grancher pour la sympathie dont il a bien voulu toujours nous honorer et pour les nombreuses bontés qu'il a eues pour nous. L'année que nous avons passée dans son service des Enfants-Malades comptera comme la meilleure dans nos études grâce à ses cliniques où il savait joindre une sévère éloquence à une profonde érudition.

Que M. le Dr Variot, médecin des hôpitaux, qui fut notre chef de clinique aux Enfants-Malades avant de devenir notre maître distingué à l'infirmerie centrale des prisons, soit assuré que nous n'oublierons pas ses doctes leçons ni l'esprit de méthode qu'il s'efforça de nous enseigner.

Notre excellent chef actuel, M. le Dr Barrault, médecin de la Santé, nous laissera le remercier ici des bontés qu'il ne cesse de nous témoigner et des conseils fructueux qu'il nous prodigue.

La mort de notre regretté maître M. le professeur Trélat nous a privé d'un de nos chefs les plus éminents. Nous garderons toujours à sa mémoire vénération et reconnaissance. M. le Dr Segond nous permettra de ne point le séparer dans nos remerciements de celui qui fut son maître et son ami. C'est dans ce même service de la Cha-

rité que nous avons eu le bonheur de rencontrer comme chef de clinique M. le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux : qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude pour les nombreux services qu'il nous a rendus.

M. le Dr Desnos voudra bien nous permettre de le remercier pour ses sages enseignements pendant l'année que nous avons passée chez lui.

Nous confirmons ici notre entier dévouement à M. le Dr Rémy, professeur agrégé, qui nous porte un affectueux intérêt.

Nous prions également M. le Dr Hammonic de recevoir notre hommage et nos remerciements pour les conseils médicaux qu'il nous donnent journellement.

M. le Dr Joffroy à l'instigation de qui nous avons entrepris ce travail, voudra bien être assuré de notre gratitude, et nous le prions d'agréer toute notre reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a fait en nous ouvrant son service et en nous permettant de puiser dans ses observations. Nous remercions enfin M. Létienne, son interne, pour les indications utiles qu'il a bien voulu nous fournir.

Que M. le professeur Debove nous laisse le remercier tout particulièrement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DIVISION DU SUJET

La première partie de cette étude comprend l'exposé .

1° Des modifications du caractère qui surviennent assez fréquemment dans la maladie de Basedow pour qu'on puisse les considérer comme un symptôme fixe.

2° Des désordres psychiques plus graves (vésanies), qui s'associent parfois au goître exophthalmique.

3° Des formes diverses que peuvent revêtir ces troubles cérébraux.

Dans la seconde partie nous avons essayé de chercher :

1° Si ces désordres ressortissent au goître exophthalmique ou à une prédisposition antérieure.

2° L'influence réciproque que peuvent avoir l'une sur l'autre ces deux affections exophthalmique et mentale.

PREMIÈRE PARTIE

DES ALTÉRATIONS DU CARACTÈRE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Les phénomènes mentaux qui accompagnent le goître exophthalmique ont été depuis longtemps signalés. Dans tous les livres classiques nous en trouvons la trace.

Trousseau dans les cliniques qu'il consacra à la maladie de Graves leur accorde une mention particulière (1). « Les « modifications du caractère sont telles que la vie devient « très difficile pour les gens qui entourent les malades, « lesquels sont irascibles, ingrats et d'une exigence qui « ne trouve d'excuse que dans la maladie ». Il y attache même une importance très grande en en faisant un des éléments primordiaux de la maladie et un des moyens de diagnostic. « La bizarrerie du caractère, l'étrangeté du « regard, et les palpitations sont les phénomènes pour « lesquels sont consultés les médecins ».

Les observations qu'il cite portent toutes la mention de troubles psychiques. Et dans le tableau qu'il fait de la

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Trousseau, Paris, édit. 1877. T. II, p. 558.

marche de la maladie, c'est encore ce symptôme qu'il met en première ligne. « La maladie de Graves débute par « une irritabilité nerveuse extraordinaire, des change- « ments notables dans le caractère, des mouvements con- « gestifs fréquemment répétés du côté du visage ».

M. Ball en 1873 (1) émet la même opinion. « Chez pres- « que tous les sujets atteints de goître exophthalmique, « il existe un certain degré d'exaltation intellectuelle et « morale ; ils présentent presque tous des singularités, « des idées bizarres... Ces manifestaions morbides peu- « vent aller jusqu'à la nuance la plus aiguë et entraîner « l'application de la camisole de force. »

En 1880, dans son traité des maladies mentales, il confirme cette opinion plus nettement encore (2).

M. le professeur Jaccoud (3) et M. Luton (4), dans son article du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques font mention de cet état spécial du caractère.

M. Rendu (5) en écrivant dans le dictionnaire de Dechambre un des travaux d'ensemble les plus remarquables qui aient paru sur le goître exophthalmique les sépare distinctement de tous les autres symptômes. La page 572 de son article contient le résumé de l'évolution des troubles psychiques dans cette affection. Il décrit au dé-

1. B. Ball, Goître exophthalmique, *in Gazette des hôpitaux*, 1873.
2. B. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1880, p. 538 et 539.
3. Jaroud, *Traité de pathologie interne*.
4. Luton, art. Goître exophthalmique, *in Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*.
5. Rendu. Art. Goître exophthalmique *in Dictionnaire encyclopédique des sceences médicales*.

but les modifications du caractère et le changement d'allures qui les accompagne. Il montre l'humeur inégale qui finit par aboutir à une insociabilité complète dont nous trouverons plus bas un bel exemple dans une observation de M. Joffroy (1).

M. Joffroy insiste sur les modifications initiales du caractère. « Le malade est inquiet, souvent en proie à une activité exagérée et cependant incapable d'un travail méthodique ou d'un effort cérébral prolongé. Et si un certain nombre de ces malades semblent affectés et jusqu'à un certain point déprimés par leur maladie, d'autres paraissent agités. De sorte que déjà dans les premières modifications imprimées au caractère des malades par le goître exophthalmique, on retrouve facilement une forme avec dépression et une forme avec excitation.

Ces troubles peuvent être plus ou moins accentués, et souvent ils ne vont pas jusqu'aux bornes de la folie. Mais ils en sont pour ainsi dire le rudiment ; et les observations ne sont plus très rares aujourd'hui où des idées délirantes ont pris la place d'idées simplement bizarres.

La constance de ces désordres cérébraux se trouve indiquée dans les auteurs étrangers comme dans nos auteurs. Rosenthal (2) dans les pages de son traité consacrées à la maladie de Basedow les cite en rappelant les observa-

1. Joffroy. Des rapports de la folie et de la maladie de Batedow, *in Annales medico psychologiques*, mars, avril 1890.

2. Rossenthal. *Traité des maladies du système nerveux*, trad. Lubauski, 1878.

tions où Geigel, Solbrige et Andrew ont montré l'association des psychoses au goître exophthalmique.

De même W. Hammond (1) les indique nettement en écrivant : — « J'ai toujours trouvé les malades excita-
« bles et nerveux ; leur sommeil est généralement trou-
« blé, insuffisant et nul ; ils se plaignent de céphalalgie,
« de vertiges et de bourdonnements d'oreilles. Leur ca-
« ractère subit souvent un changement notable : des in-
« dividus doux et tranquilles deviennent violents, soup-
« çonneux et irritables ».

C'est donc un fait de notion courante que l'existence des désordres psychiques dans la maladie de Basedow. La simple lecture des ouvrages les plus classiques suffit à l'établir.

Nous avons tenu à insister sur ce fait au début de cette étude, car c'est là le point de départ des états psychiques graves que nous verrons s'associer au cours de la maladie de Basedow.

Il nous a aussi paru logique de le mettre en relief aujourd'hui que les symptômes de cette affection deviennent plus nombreux et plus nets.

Aux trois symptômes capitaux que Graves et Basedow ont jadis donnés de leur maladie s'en sont ajoutés beaucoup d'autres. Mais tous n'ont pas une valeur semeiologique égale ; et nous croyons que les modifications du caractère sont une constance qui en font un symptôme précis.

1. W. Hammond. *Maladies du système nerveux.* Trad. Labadie-Lagrave, 1879.

Nous ne faisons d'ailleurs que suivre en cela l'exemple de Trousseau et des classiques.

Il y a dans le goître exophthalmique un élément psychique net, qui vient s'adjoindre aux éléments somatiques que les récents observateurs ont mis en lumière.

En 1883, MM. Charcot et Marie (1) décrivirent le tremblement et M. Ballet (2) groupa dans une perspective exacte les désordres moteurs, sensitifs et secrétoires. En 1888, M. Vigouroux (3) établit la résistance moindre des tissus des exophthalmiques au courant électrique. En 1890, les discussions sur les idées délirantes dans le goître exophthalmique à la société médicale des hôpitaux (4), amènent l'esprit à se porter sur une série de phénomènes psychiques faisant partie de l'évolution du goître exophthalmique.

Tels sont les principaux faits que ces dix dernières années ont acquis pour l'histoire de cette maladie.

Les symptômes psychiques prennent une importance plus grande, et l'auteur anglais, G. Savage (5), le disait en 1882 au sujet d'un cas de goître exophthalmique accompagné de désordres mentaux.

« Les faits (de ce genre) rapportés sont encore peu

1. Marie. *Formes frustes de la maladie de Batedow*. Th. Paris 1883.

2. G. Ballet. De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goître exophthalmique, *Revue de médecine*, 1883.

3. Vigoureux. *Progrès médical*, 1888.

4. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 fév. 1890, 28 mars, 11 et 18 avril 1890.

5. G. Savage, *Goître exophthalmique accompagné de désordres mentaux*. *Guy's hospital Reports*, 1882, t. XXVI, p. 31.

« nombreux et je considère ce sujet comme particulière-
« ment intéressant à cause de l'intime association des
« troubles psychiques et physiques. »

Avant de montrer dans le chapitre suivant la maladie de Basedow associée aux délires, nous devons mentionner encore deux signes fréquents chez les exophthalmiques, et qui, par leur nature, peuvent être rapprochés des précédents : l'insomnie et l'instabilité physique.

La maladie de Basedow détermine, en effet, une insomnie qui peut, parfois, prendre d'extraordinaires proportions. Certains malades ont la plus grande peine à s'endormir, d'autres ont le sommeil entrecoupé de réveils fréquents; d'autres, enfin, ont des sortes de crises d'insomnie, restant plusieurs jours, quelquefois des semaines sans dormir.

L'instabilité physique, le besoin de mouvement, figurent dans bon nombre d'observations. Les malades se relèvent la nuit pour marcher, font mille tours dans leur chambre. Cette instabilité physique s'accompagne fréquemment de suractivité cérébrale. C'est alors un besoin impérieux pour les malades de se livrer à une multitude d'actes successifs et divers. Ils passent avec la plus grande facilité d'une occupation à une autre. A peine ont-ils commencé un travail qu'ils s'en lassent et qu'ils songent à en entreprendre un nouveau tout différent du précédent.

DES PSYCHOSES DANS LA MALADIE DE BASEDOW.

« Que leur affection soit fruste ou complète, tous ces « malades sont des agités ; ils sont irascibles, présentent « des troubles du caractère. Un degré de plus, c'est l'alié- « nation mentale. » Telles sont les paroles que M. le professeur Peter (1) prononçait dans une de ses dernières cliniques sur le goître exophthalmique.

C'est, qu'en effet, la maladie de Basedow est, dans certains cas, liée à une psychose véritable. Les observations que nous avons recueillies en font foi. Il y a cependant plusieurs modes dans l'évolution de ces affections. L'association des idées délirantes ou des psychoses systématiques avec la maladie de Basedow peut se faire de trois façons différentes :

1° Le goître exophthalmique débute ; plus ou moins longtemps après le délire apparaît ;

2° Le goître exophthalmique et les idées délirantes vont de pair, évoluent parallèlement ;

3° Chez un individu qui a déjà présenté des troubles mentaux, le goître exophthalmique s'établit.

1. Peter. *Clinique médicale sur le goître exophthalmique. In Bulletin médical*, 1890.

Cette division s'appuie sur les faits observés.

Observation I (*Résumée*).

Geigel. Die Basedow'sche Krankheit. Wurzburger med. Zeitschr. Bd. VII, 1866 (1).

Homme de 48 ans, intelligent, nerveux, (hérédité?). A la suite de refroidissement et de chagrins, apparition de maladie de Basedow. En même temps changement d'allures, devint brusque. — Se trouve content de sa situation. — Instabilité psychique. Parole brève. Certain degré de paraphasie. Huit mois après amélioration, mais reprise assez rapide de la maladie ; — et apparition d'accidents maniaques. Les phénomènes somatiques finissent par s'amender, mais l'état mental persiste. Puis sur une nouvelle poussée de la maladie de Basedow, surviennent des hallucinations et du délire. Les deux années suivantes, idées de persécution, idées de grandeur avec hallucinations des sens. Devint dangereux, et mourut dans les convulsions et l'épuisement.

Observation II.

Morell Mackensie. — Transactions of the clinical Society. — London, 1868, p. 9; *Palpitations et battements des carotides, convulsions épileptiformes, paroxysmes maniaques; mort* (2).

Sarah P., âgée de 20 ans, me fut confiée à l'hôpital des maladies de la gorge, le 7 novembre 1867, pour une tumeur

1. Traduction personnelle.
2. Traduction personnelle.

du cou. A cette époque, son état était le suivant : C'était une jeune fille, belle et d'une complexion délicate, se portant bien avec de grand yeux brillants, une abondante chevelure blonde, et hormis le gonflement de la gorge, un type parfait de beauté saxonne. — Sa mère déclarait que le développement du cou attira l'attention quatre ans et demi auparavant, et qu'il avait augmenté lentement pendant ces quatre années, mais que depuis six mois il avait fait de rapides progrès.

La jeune fille n'avait jamais paru très forte, mais autrefois elle avait été remarquablement intelligente. Dernièrement cependant, elle était devenue endormie, capricieuse, irritable et volontaire.

Il y a douze mois, un parent qui était revenu à la maison après un an d'absence, remarqua un changement et un gonflement des yeux. Un an avant cela un de ses frères était mort et cela semblait l'avoir frappée. Son appétit, qui était autrefois bon, devint très faible, et bien que mangeant du pain et du beurre, elle refusa formellement de manger de la viande. Elle disait que son sommeil était bon, mais elle ne se sentait jamais défatiguée le matin. La sœur de son père souffrait d'un goître et une de ses plus jeunes sœurs en est également atteinte. Elle a eu de la diarrhée à la suite d'émotions morales. Les menstruations ont toujours été régulières et elle n'a pas de leucorrhée.

Voici quel est son état le 12 novembre : Elle a une hypertrophie très développée, dure, légèrement bosselée des deux lobes de la glande thyroïde, et son cou mesure seize pouces et demi au niveau de la partie la plus large de la tumeur. Celle-ci est plus développée à droite et repousse de ce côté la carotide. Celle-ci est dilatée et ressemble à une corde dure vers la partie postérieure du cou.

Le battement de la carotide gauuche est légèrement augmenté. Les battements du cœur sont beaucoup plus intenses,

mais les bruits sont normaux. Le pouls est à 90, il est faible. L'appétit est mauvais, et la muqueuse bucchale est nettement anémiée. Le goître fut traité par des révulsifs et l'on administra du fer à faibles doses. La malade parut rester dans un état stationnaire pendant quelques temps, mais le 6 décembre, sa mère vint dire qu'elle avait eu une attaque deux jours avants. Le Dr Graham, qui fut appelé, ordonna très judicieusement d'appliquer de la glace sur le bronchocèle ; mais ce traitement ne donna pas beaucoup de soulagement. Elle fut admise le même jour à l'hôpital.

A son entrée, on constata un état de stupeur. Néanmoins, étant couchée, elle était très agitée, et il fallait la surveiller constamment pour l'empêcher de tomber du lit. Son pouls était à 120, bien que pas très faible. La carotide droite battait violemment, et l'impulsion du cœur était fort accusée. Six sangsues furent appliquées sur la glande thyroïde, et l'on administra toutes les quatre heures quinze gouttes de teinture de digitale. On lui donnait par jour six onces de vin, du bouillon de bœuf, du bouillon de poulet, du lait, etc.

Elle passa une assez bonne nuit, et au matin elle parut un peu mieux. Le pouls était à 100. On appliqua de nouveau six sangsues. — Le soir elle sembla être bien plus mal, les palpitations étaient très violentes, et le pouls à 150.

9 décembre. — La malade a passé une mauvaise nuit. Les pupilles sont très dilatées, et elle a eu des convulsions cloniques des doigts; à onze heures et demie survint une attaque d'épilepsie, face livide, dents serrées, lèvres écumantes, convulsions des membres, etc). Elle fut suivie d'une coma qui dura seize heures.

10 décembre. — Elle était encore dans la torpeur ; on appliqua de nouveau des sangsues sur le cou, et le soir elle parut mieux. On remplaça la digitale par un mélange de camphre et d'éther, mais elle refusa et ne voulut prendre aucune nourriture.

12 décembre. — Elle eut un accès de manie qui dura trois heures. Pendant ce délire elle refusa toute nourriture, poussa des cris, essaya de mordre ceux qui l'approchaient, répéta un verset d'un hymne quarante ou cinquante fois de suite ; elle supplia les gardes-malades de lui faire prendre sa potion, et après l'avoir bu, elle demanda qu'on lui en donnât encore.

Elle disait aussi qu'elle se savait mourante, et demandait ses parents, répétant sans cesse les mêmes cris pendant cinq à dix minutes de suite. Ces appels alternaient avec des prières et des blasphèmes. La période d'excitation fut suivie d'une sorte d'état comateux. Par instants, elle demandait du thé, mais refusait toute autre chose. Elle eut plusieurs attaques de manie pendant les quelques jours suivants. Elles duraient généralement trois à quatre heures. Dans ses paroxymes, elle voulait souvent boire de grandes quantités de bouillon, de lait, etc., mais à l'état léthargique elle ne voulait rien prendre. A l'état semi-comateux elle se remuait beaucoup, et elle devenait assez violente quand on essayait de la réveiller.

Le 15, je notai que les pulsations de la radiale qui donnait 130, avaient le même caractère que celles des carotides, chose rare dans ces cas là. On ne trouva pas d'albumine dans les urines.

17. — La nuit précédente, elle avait été très agité, et, parfois, extrêmement violente.

Il survint dans l'après-midi des sueurs froides et de l'incontinence d'urine Le pouls était à 150, très faible, et les battements des carotides avaient disparu. Elle mourut à six heures du soir, après une faible attaque d'épilepsie.

Cette observation nous montre au début des modifications de caractère survenues au cours du goître exophthalmique.

Les accidents cérébraux maniaques n'apparurent que quatre ans et demi environ après la première remarque que l'on fit du développement exagéré de la glande thyroïdienne. Ils ne se développèrent qu'à la suite de la marche progressive de la maladie de Basedow.

La malade présente des attaques épileptiformes qu'on serait presque tenté de rapporter à l'éclampsie, étant donnée la fréquence de l'albuminurie dans le goître exophthalmique. Mackensie cependant à examiné les urines et n'y constata point d'albumine. Il revient à plusieurs reprises sur le mot épilepsie. Cette maladie n'aurait donc apparu que sous l'influence de la maladie de Basedow. Nous ne pensons point toutefois que ce soit à des attaques d'épilepsie vraie qu'ait assisté l'auteur anglais.

L'hérédité nerveuse est surchargée chez cette malade. Une tante paternelle et une sœur avaient, elles aussi, un goître.

Ajoutons que les accidents cérébraux graves se sont déroulés à la période terminale de la maladie.

Observation III

Andrews, American journal of insanity, July 1870.
Goître exopthalmique avec troubles cérébraux. (1)

Homme de 26 ans, né au Canada où son père vit encore. Sa mère mourut de consomption il y a neuf ans. Le malade

1. Traduction personnelle.

avait toujours joui d'une bonne santé lorsque, il y a deux ans et demi, il eut une fièvre typhoïde à forme grave. Elle dura neuf semaines. Il semblait s'être complètement remis de sa maladie et était employé il y a deux ans comme infirmier dans cet asile. Il pesait alors 187 livres, et paraissait d'une robuste santé. Trois mois après il commença à se plaindre d'une céphalalgie opiniâtre et désagréable, maigrit et perdit l'appétit. En août 1868, il fut pris de vomissements et de crampes d'estomac et fut malade deux jours. La céphalalgie disparut ensuite pendant quelques temps. En septembre, il s'en plaignit de nouveau, et la comparait à une sensation de cuisson siégeant au-dessus de la tête. Ceci persista jusqu'en janvier 1869, époque où le malade eut un accès analogue à celui du mois d'août. Il prit un congé d'une semaine et revint à son poste bien mieux portant.

Le premier symptôme qui attira l'attention fut de violentes palpitations cardiaques sous l'influence d'une émotion ou d'une fatigue exagérée. Maux de tête, palpitations, continuellement jusqu'en juillet. Alors il fut pris comme d'un accès de malaria, fut traité par la quinine et les toniques. Il reprit bientôt son travail mais dans de mauvaises conditions. Il avait perdu de son embonpoint et de ses forces, et paraissait très changé. En août, il eut un sévère accès marqué par une sueur profuse, un état anxieux et de l'abattement. Respiration : 35 à la minute, difficile. Pouls : 120. Le sphygmographe donne le pouls sénile de Marey (avec plateau horizontal). Exophthalmie, sensation de constriction à la gorge; le malade ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. Il vomissait tous les aliments. Hypertrophie de la glande thyroïde s'étendant entre les muscles sterno-mastoïdiens, les clavicules et le sommet du larynx. Ni le malade ni sa femme n'avaient remarqué cela. La main placée à ce niveau percevait le thrill particulier à l'anévrisme. L'oreille distinguait

également ces bruits. L'anévrisme fut tout d'abord suspecté, mais ensuite exclu du diagnostic, vu que les deux côtés du cou étaient également proéminents, la circulation dans les deux carotides également troublée, enfin le gonflement était localisé à la glande thyroïde.

Le goître exophthalmique fut diagnostiqué.

L'examen ophthalmoscopique indiqua une forte hyperhœmie du fond de l'œil, avec dilatation des artères et pulsations visiblement marquées. Les veines paraissaient doublées de leur grandeur normales. Le bord du nerf optique se détachait nettement et la substance nerveuse était plus pâle que d'habitude. Parti pour le Canada, il revient dix jours après, et fut bientôt pris de sueurs profuses, qui l'amaigrirent rapidement. Augmentation de l'exorbitisme et du goître. Le malade devint inquiet et demanda à être traité. Application de glace sur la tumeur, digitale à l'intérieur. Pouls : 120.

Le 25 septembre, vomissement, déperdition des forces. Le tracé sphygmographique donne au bras droit un pouls dicrote avec angle aigu normal, tandis qu'il offre à gauche le plateau caractéristique noté le mois précédent.

30 septembre. — Les vomissements continuent. Estomac tout à fait intolérant. Suppression de la digitale. Le malade garde le lit, est inquiet, se plaint d'avoir chaud, dort peu.

8 octobre. — Il n'a gardé depuis huit jours aucun aliment ; il est très-émacié. Température : 102 1/2 Fahrenheit. Il est très irritable, impatient, difficile. Lavements de bouillon. Pouls très rapide et irrégulier, atteignant parfois 150. On perçoit au cœur le souffle de l'insuffisance mitrale, et les battements de l'aorte abdominale sont violemment distincts et prononcés. Yeux fixes et saillants ; le malade a l'air anxieux et craintif.

12 octobre. — Température, 99°. Inquiétude et insomnies

très accusées, et parfois du délire. Les lavements nutritifs sont supprimés à cause de la diarrhée qu'ils produisent. Il peut garder un peu de laitage.

15 octobre. — Température : 100, pouls : 104 ; prend un œuf et boit un peu de bière ; encore du délire.

20 octobre. — Amaigri et émacié ; vomissements.

22 octobre. — Violente sensation de soif et de chaleur ; délire plus prononcé, le patient se lève la nuit et veut se jeter par la fenêtre disant qu'il y a au-dessous une rivière. Langue rouge et luisante ; sécheresse de la gorge et du pharynx ; surveillance continuelle devenue nécessaire.

27 octobre. — Se promène dehors un peu tous les jours ; très affaibli ; déglutition difficile, voix altérée.

8 novembre. — Amélioration depuis le commencement du mois ; bon appétit. L'embonpoint et les forces reviennent.

9 novembre. — Violente quinte de toux et de dyspnée avec crachats sanglants ; beaucoup de vertiges. Emotif : il geint et se tourmente sans cause. Temp. ; 102 1/2. Circonférence du cou, 16 pouces 1/2. Pouls, 120. Les carotides battent avec force. Le bruit respiratoire gêne l'auscultation et la percussion.

18 novembre. — Sueurs nocturnes profuses, un peu de toux. Etat inquiet.

22 novembre. — Il a recouvré quelque force et n'a plus de sueurs nocturnes. Le 15 il s'est un peu occupé dans la salle. Amélioration générale : yeux moins saillants, cou: 15 pouces 1/2 de circonférence ; 100 pulsations. Il mange et dort bien. Ce mieux s'accentue, malgré une congestion et une tuméfaction de la face, jusqu'en janvier, époque où ses pieds commencèrent à gonfler et devinrent douloureux pendant la station debout ou la marche. Cet œdème augmenta peu à peu jusqu'en février, époque où il quitta l'institution.

Il était alors irritable, difficile, peu commode, et son esprit avait beaucoup faibli. Pendant quelques jours son estomac refusa toute nourriture ; il devint inquiet, perdit le sommeil et dépérit rapidement. Les palpitations l'inquiétèrent de nouveau.

Il se rendit chez un de ses amis, où les symptômes physiques et psychiques mentionnés en octobre se développèrent. Le malade devint très difficile par son irritabilité et ses exigences. Son état cérébral était très accentué et persista pendant quelques semaines que dura encore sa maladie. Il mourut fin avril.

Observavion IV (*résumée*).

Solbrig. — Observations cliniques et constatations anatomo-pathologiques. — Allgemeine Zeitschr. f. Psychicatr, etc. XXVII 1871 (Traduction personnelle).

Femme de 42 ans, mariée. Triade de Basedow. Herédité ? Mélancolie. Tendance aux paradoxes. Actes délirants. Elle était incitée à tuer ses enfants. Guérison.

Observation V (*résumée*)

Boetteger. Un cas de Basedow compliqué de folie. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXIII. 1877 (Trad.pers.).

Femme de 31 ans, Mariée. Prédisposition héréditaire. Exentrique. Aussitôt après mariage,apparition de la maladie de Basedow. Devient excitable, violente. Elle se croit enceinte, et même déjà accouchée de deux jumeaux, qu'elle présentait d'ailleurs sous forme de deux poupées. Accès

maniaques. Agitation extrême. Hallucinatlons. Guérison au bout de plusieurs mois.

Observation VI (*résumée*)

Nœtel cité par Bœdeker in Charite Annlen, 1889. *p.* 454.

Femme. Maladie de Basedow. Mélancolie active. Guérie après quelques mois.

Observation VII (*résumée*).

Jeusen. Ibid. Traduction personnelle.

Femme 31 ans, mariée, excitable. Tempérament nerveux. Trois grossesses. Après le dernier accouchement, apparition de la maladie de Basedow. Inquiète, marche et court sans savoir pourquoi. Se croit persécutée. Elle entend des voix. Finit par présenter de la folie furieuse. Hallucinations multiples. Guérie après six à sept mois. Les symptômes physiques ont diminué en même temps.

Observation VIII (*résumé*).

Laehr. Ibid.

Femme. Huit mois après accouchement maladie de Batedow. Accès d'excitation. Guérie après 7 mois. Amendement simultané des syptômes physiques.

Note additionnelle.

Jung. Ibid. Traduction personnelle.

Il observa des accès de manie concomitants dans l'exophthalmie sans autres symptômes de Basedow. L'amélioration des signes mentaux n'amène pas celle des signes physiques; au contraire l'amandement des signes physiques peut amener l'appel des troubles mentaux.

Observation IX.

Journal of. mental science 1884, *janvier p.* 521, *by Carlyle Johnstone. Cas de goître exophthalmique avec manie* (1).

Mme G..., âgée de 32 ans, née à Dumfriesshire, fut admise dans l'asile royal d'Edimbourg le 25 novembre 1881.

Ses antécédents héréditaires étaient bons, à cette légère exception près qu'un de ses frères avait été un peu buveur. La malade elle-même n'avait pas eu jusqu'alors de maladie importante ; elle était d'une humeur naturellement gaie et franche, et avait mené la vie sobre et laborieuse d'une femme de bon ouvrier. Elle avait trois enfants et le plus jeune était âgé de deux ans et neuf mois.

Voici l'histoire de la présente attaque. Pendant les trois dernières années elle avait graduellement maigri et perdu ses forces. Son lait tarit quatre mois après la naissance de son enfant, deux mois plus tard, elle eut une violente crise de vomissement et son cou devint turgescent. On remarqua que ses yeux étaient devenus proéminents, et on en rapporta

1. Traduction personnelle.

la cause au vomissement. A la même époque les membres inférieurs furent affectés de prurigo. Les palpitations nerveuses firent ensuite leur apparition,et,vu son état émotif, la malade devint incapable de vaquer à ses devoirs domestiques. Le 24 septembre 1881, elle fut envoyée à l'Infirmerie Royale d'Edimbourg.

A son entrée, elle se plaignait de la saillie des yeux, du gonflement du cou, des palpitations, des démangeaisons des jambes et de son état nerveux. Elle se nourrissait bien. Elle accusait de la céphalagie, des vertiges et de la diminution de la vue. Elle était nerveuse et agitée en parlant, croisait fréquemment les mains derrière le cou, et se plaignait pendant son sommeil. L'œil gauche était particulièrement saillant. Il y avait un peu de nystagmus. Lorsqu'elle dormait les paupières ne recouvraient pas complètement les globes oculaires.Le signe de de Graëfe (les mouvements dissociés de l'œil et de la paupière supérieure) était plus marqué à l'œil gauche. Ce fait était très net lorsqu'on regardait lire la malade, la paupière restant au-dessus.

Les conjonctives étaient hyperhémiées. Une forte pression était nécessaire pour replacer les yeux dans les orbites.

La moindre surexcitation causait des palpitations violentes. Chaque battement provoquait un bouleversement de toute la région précordiale. Le nombre des pulsations n'était pas trop augmenté. A l'auscultation on entendait partout un fort murmure systolique ; il était plus distinct à l'orifice pulmonaire.

Au niveau du cou, le corps thyroïde hypertrophié formait deux tumeurs pulsatiles réunies sur la ligne médiane. Le lobe droit était le plus développé. Les pulsations étaient plus perceptibles au bord postérieur. Sur la tumeur on entendait un bruit continu qu'exagérait la systole cardiaque.

Il survenait parfois de légers troubles gastriques. On

trouvait du prurigo sur les jambes qui étaient légèrement eczémateuses. L'examen vaginal laissait constater de la périmétrite avec un peu d'involution. Les parois vaginales étaient un peu prolabées. Il y avait de la leucorrhée aux époques menstruelles.

A la suite de l'administration de la digitale et de l'application sur le cou des courants continus, la malade fut améliorée pendant quelque temps, devenant moins nerveuse et ayant moins de palpitations.

Cinq jours avant d'être envoyée à Morningside, elle exprima subitement et inopinément l'idée qu'elle avait tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, comme c'était décrit dans un journal qu'elle lisait. Cette pensée la poursuivit, et bientôt après elle devint violemment excitée, au point qu'il fut nécessaire d'employer les moyens de contention. A partir de ce jour, elle eut de l'insomnie. se nourrit peu ou pas du tout, eut une constipation rebelle et des vomissements opiniâtres.

Lorsqu'elle fut admise à l'Asile Royal d'Edimbourg, Mme G... était dans un état d'excitation aiguë. Elle avait un air égaré et défiant, avec des yeux saillants étranges et farouches, parlait sans cesse et d'une façon incohérente, et ne pouvait pas rester tranquille un instant. Elle se balançait de côté et d'autre, avait des contorsions et gesticulait. Elle saisissait tout ce qui était à sa portée.

Elle résistait violemment et repoussait tous ceux qui essayaient de la maintenir. Elle riait, criait, vociférait et chantait; elle appelait de ses amis par leur nom, et employait des jurons et parfois des mots obscènes. Elle exprimait des idées vagues et sans consistance ; disait que le gardien était son fils et affirmait qu'elle avait un cancer de l'estomac. C'était une femme maigre, pâle, décolorée, avec des cheveux châtains et des yeux gris. Les pupilles étaient dilatées,

égales et mobiles. La langue était légèrement saburrale. Il existait de la constipation et de l'anorexie. Pouls 100 ; il était faible et irrégulier. Température 99°1 Fahrenheit. Les signes caractéristiques de la maladie de Graves existaient tels que nous les avons déjà décrits. Le lobe droit du corps thyroïde était un peu plus développé que le lobe gauche, et l'œil gauche était plus saillant que l'œil droit. Les fonctions motrices et sensitives paraissaient indemnes et les sens spéciaux n'étaient pas altérés.

Pendant les premières semaines, qui suivirent l'admission de la malade, on la vit passer alternativement de l'état de calme à une violente agitation. Après une ou deux nuits de sommeil, après avoir passé quelques jours dans une tranquillité relative, il survenait de l'insomnie, de l'inquiétude et une forte surexcitation. Elle brisait les vitres, renversait les meubles, courait au hasard dans la salle, déchirait ses effets, jasait d'une façon incohérente, répétait ce qu'on avait dit devant elle, et faisait d'étranges grimaces ; disait qu'elle était un ange, accusait son mari de l'avoir internée dans un asile par jalousie, lançait à tous ceux qu'elle rencontrait des paroles obscènes et malveillantes, et criait jusqu'à ce qu'elle fut enrouée. Son appétit était très capricieux et on avait grand peine à lui persuader de prendre suffisamment de la nourriture. Pendant quelques jours elle souffrit de vomissements opiniâtres. Sa température variait de 98°2 à 100°4 Fahrenheit. Le pouls était très accéléré et variait de 134 à 160. Les progrès que fit dès lors la maladie sont résumés dans les dates qui suivent :

25 janvier 1882 (deux mois après l'admission). — Les périodes de tranquillité sont à présent beaucoup plus fréquentes et plus prolongées, mais la malade est encore dans une disposition d'irritabilité et d'excitabilité extrêmes. Lorsqu'elle est séparée des autres malades, elle est tranquille et

raisonnable. Mais sous la moindre provocation elle a un accès d'excitation hystérique. Elle est très faible et émaciée, et sa santé générale est peu améliorée. Cependant elle a meilleur appétit et moins de malaises. La température est maintenant normale, mais le pouls continue à être rapide (148). Il n'y a pas de changement à noter pour ce qui est des palpitations cardiaques, de l'hypertrophie du corps thyroïde ou de la saillie des yeux.

28 février. — Depuis la dernière note, elle a eu une légère amygdalite et de violents maux de tête. On fait tout pour améliorer son état général et sa nutrition, mais quoique mangeant bien, elle a perdu 14 livres depuis son admission. Elle a pourtant fait de grands progrès relativement à son état mental Elle est souvent soumise et raisonnable, et à ces moments-là elle cause de son état actuel avec un air d'intelligence mêlé de tristesse, elle exprime son regret d'être séparée de son mari et de sa famille, et elle demande plaintivement quand est-ce qu'elle les reverra, et si elle sera jamais mieux portante. Si cependant on la laisse s'arrêter à ces idées, elle devient excitée, se met à parler avec force et vivacité, et bientôt d'une façon incohérente et désordonnée, criant, riant, pleurant et montrant une violente agitation d'un caractère hystérique.

11 mars. — Hier matin, la malade, sans aucune cause appréciable, tomba subitement sans connaissance. Elle revint à elle au bout de quelques minutes, mais pendant un certain temps elle témoigna d'une grande confusion dans les idées, prenant le personnel pour ses anciennes connaissances. Le pouls, pris immédiatement après la crise, donnait 32 pulsations par minute, et par instants des battements doubles et rapides. Ce matin elle a eu une nouvelle syncope, mais avec moins de perte de la conscience. Il n'y a pas eu de troubles moteurs, mais elle se plaignait d'un en-

gourdissement dans le bras gauche et parlait de sa crise d'hier comme d'une attaque de paralysie.

26 avril. — Elle a été envoyée aujourd'hui à l'hôpital de l'Institution, afin qu'elle fût plus portée à s'occuper elle-même aux travaux domestiques et qu'elle put bénéficier de plus de soins et de tranquillité.

Son état mental est très amélioré. Les périodes d'excitation sont beaucoup moins fréquentes et moins fortes, et elle a plus d'empire sur elle-même. Il y a encore cependant une grande instabilité d'humeur, et une tendance aux manifestations hystériques. Elle reçoit régulièrement la visite de son mari, et quoique souvent impressionnée par leurs entrevues, elle se conduit et converse d'une façon raisonnable, et désire vivement retourner chez elle et à ses occupations. Elle a gagné quelques livres en poids, mais elle est encore excessivement maigre, et hormis cela on ne peut pas dire qu'il y ait beaucoup d'amélioration dans son état physique. La tumeur thyroïdienne paraît être indolore, et ne pas gêner la déglutition et la respiration. La voix, néanmoins, est faible, aiguë, et quelque peu rauque et bitonale. Le cœur bat d'une façon rapide et irrégulière avec une impulsion brusque. Il y a un doux murmure systolique perceptible sur toute la région précordiale et le long des carotides, et l'on aperçoit au cou un fort bruit continu sur les bords de la tumeur. L'exophthalmie est très nette. L'œil gauche est plus saillant que l'œil droit. Elle souffre parfois de céphalalgie, de bourdonnements d'oreille, de vertige, de lourdeur de tête, et elle est sujette à des rougeurs subites et à de fortes transpirations. Aujourd'hui on lui a prescrit du bromure de fer.

26 mai. — Au commencement de ce mois, elle a été réglée pour la première fois depuis la naissance de son enfant. Sa santé générale est bien meilleure et elle a augmenté de sept livres dans la dernière quinzaine. Elle travaille avec entrain

à l'hôpital et, sauf de légères périodes de dépression et de légères émotions, elle se comporte très raisonnablement. Elle parle d'une manière intelligente et gaie, est très reconnaissante des soins qu'elle reçoit et elle désire beaucoup se rendre utile.

23 juin. — Elle a gagné huit livres depuis la dernière note. Elle montre encore parfois une grande facilité à s'irriter et à s'émouvoir, mais en somme elle semble faire un progrès régulier tant mentalement que physiquement. Elle est encore cependant inquiétée par la sensation de lourdeur de tête, par les rougeurs subites et la transpiration. Cette rougeur est générale et tellement intense que la malade la compare à un fer chaud qu'on passerait sur tout son corps. La transpiration également est excessive et généralement commence sitôt après qu'elle a bu même une petite quantité de liquide.

23 juillet. — La nuit dernière, elle a eu deux attaques, dans lesquelles elle a perdu l'usage du bras et de la jambe gauches, et elle a une sensation de fourmillement dans ces membres et dans tout le côté gauche. Cette sensation a disparu dans la matinée, mais elle se trouve très faible et se plaint d'une violente céphalalgie.

8 septembre. — Depuis la dernière note, elle a eu plusieurs récidives de cet état de parésie et d'engourdissement des membres gauches, et chaque attaque paraît être plus sérieuse que les précédentes. Elle a gardé le lit ces derniers jours, se plaignant de sensations de fatigue, de malaise et de vertige. Ce matin sa surveillante a remarqué qu'elle avait le visage livide et que la surface de son bras gauche était très pâle et marbré de petites taches pourpres. La sensation de fourmillement est très prononcée aujourd'hui. La malade dit que c'est comme « des aiguilles et des épingles » et que cela occupe le bras et la jambe gauches et juste la

moitié gauche de la tête et du tronc, en ayant pour limite la ligne médiane. Sur toute la région affectée la sensibilité au toucher est bien diminuée, tandis que la sensibilité à la douleur est augmentée. A droite, la sensibilité paraît être normale.

Par suite du défaut de sensibilité et de la perte subite de l'usage du bras gauche, la malade laisse souvent tomber inopinément ce qu'elle est en train de porter dans sa main gauche. Les sens spéciaux ne paraissent pas sérieusement affectés. (Il faut remarquer que la malade a une crainte profonde de servir à des expériences, et en général elle refuse de répondre aux questions posées dans un but de curiosité scientifique). L'apparition des phénomènes nerveux précédemment décrits est bien regrettable, puisque sous les autres rapports l'état de la malade est très satisfaisant. Actuellement elle paraît bien refaite et en bonne santé. Elle est beaucoup plus maîtresse d'elle-même et est estimée dans l'hôpital où elle s'occupe très vaillamment lorsqu'elle le peut. Les principales manifestations du goître exophthalmique paraissent moins l'ennuyer, et l'exophthalmie est tout au moins diminuée.

1er novembre. — L'amélioration de l'état mental et de la nutrition continue, mais les phénomènes moteurs et sensitifs. du côté gauche se sont accentués et les principaux symptômes de la maladie n'indiquent pas un mieux.

L'exophthalmie est très marquée, l'œil gauche faisant saillie d'une façon vraiment lamentable, et les paupières ne recouvrent pas complètement les yeux pendant le sommeil. L'impulsion du cœur est très violente et on perçoit comme précédemment un double murmure systolique. Le pouls radial est à 116; il est plein et bondissant. L'urine est très acide ; pas de sucre ni d'albumine ; un dépôt d'urates amorphes. L'appétit est bon ; il y a de la trémulation de la

langue ; les selles sont régulières. On ne constate pas de modification dans le développement de la tumeur thyroïdienne. La menstruation ne s'est pas reproduite. La malade a pris du bromure de fer pendant les derniers six mois, mais comme cela maintenant lui fait mal, on lui a prescrit, au lieu de teinture de digitale, de la macération à prendre quatre fois par jour et l'on essaie de provoquer le retour des règles.

17 novembre. — Elle s'est sentie très malade pendant quelques jours, et pendant les deux derniers jours elle a vomi constamment, facilement, sans nausées. On lui a administré de légères doses de calomel plusieurs fois répétées et elle se sent bien mieux aujourd'hui. Le côté gauche et les membres sont engourdis, et le bras ainsi que la jambe sont tout à fait inertes. Souvent elle tombe de son lit par suite de son défaut d'équilibre.

Il y a une légère inflammation de la conjonction gauche et la face est parfois excessivement rouge.

19 novembre. — Hier elle paraissait être plutôt mieux, mais elle était très faible et incapable d'avaler. A 2 heures de l'après-midi, elle perdit subitement connaissance. Elle ne revint plus à elle et est morte à minuit.

Autopsie 36 heures après la mort. — Une certaine corpulence. Les membres présentaient de la rigidité cadavérique. Les yeux étaient imparfaitement clos par les paupières et anormalement saillants, l'œil gauche présentant plus d'exorbitisme que l'œil droit. Ils étaient moins bombés qu'à l'état normal. Les pupilles sont égales, dilatées. La conjonctive gauche paraît injectée.

Tête. — Le crâne n'offre pas d'asymétrie. Les os présentent une consistance normale. Hyperhémie des parois internes du crâne, spécialement des os de la base. La dure-mère n'offre pas d'adhérence anormale, mais elle est épaissie, et

par endroits facilement divisible en deux couches ; fortement injectée à la base. Une fois la dure-mère enlevée, les circonvolutions de l'hémisphère droite se montrent avec un aspect aplati et luisant, tandis qu'à gauche elles paraissent saines. La pie-mère des deux côtés est fortement injectée, il y a un peu d'opacité de l'arachnoïde tout le long de la ligne médiane, les membranes étant spécialement affectées sur l'hémisphère droite.

Les artères vertébrales, basiliares et carotides internes et leurs branches, aussi loin qu'on peut les suivre, ainsi que les nerfs optiques et les nerfs crâniens, ne présentent aucune lésion.

Environ à un pouce à droite du grand sillon longitudinal, et recouvrant les circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante sur l'étendue d'une pièce d'une demi-couronne (1), la pie-mère est épaissie, œdémateuse, très injectée, et les circonvolutions sous-jacentes donnent au toucher une sensation molle et pulpeuse.

En enlevant la membrane à ce niveau, on entraîne avec elle une couche de la substance corticale, laissant une surface rugueuse, pulpeuse, parsemée de petits points hémorrhagiques. Il y a de nombreuses adhérences de la pie-mère sur toute la surface supérieure et latérale de cette hémisphère et le long des circonvolutions marginales du sillon longitudinal, mais sur le sommet du lobe frontal et sur les surfaces inférieures et internes, il n'y a pas d'adhérences. Par endroits, l'épaisseur entière de la substance corticale s'en va avec la membrane.

Sur l'hémisphère gauche, la pie-mère n'est pas adhérente. Lorsqu'on sectionne l'hémisphère droite, la substance blanche se présente toute entière sous un aspect rosé, tacheté

1. Pièce d'argent un peu plus grande que notre pièce française de deux francs.

et injecté, les points hémorrhagiques étant très larges et nombreux, tandis que la substance corticale est partout rouge, molle et œdématiée, les diverses circonvolutions étant lésées à des degrés différents. Dans les endroits précédemment indiqués, et dans quelques circonvolutions éparses sur le tiers postérieur de l'hémisphère, l'écorce est broyée en une pulpe molle pleine de petits points rouges et d'extravasations. Dans l'hémisphère gauche, la substance grise de l'écorce est fortement injectée, mais ne présente hormis cela aucune anomalie frappante. La matière blanche est hyperhémiée et présente des marbrures, mais ces lésions sont moins marquées qu'à droite. Les lobes frontal et pariétal sont plus affectés, le lobe temporo-sphénoïdal l'est moins et l'occipital encore moins. Les couches optiques et les corps striés présentent une légère hyperhœmie, mais pas de grosse lésion, et il en est de même de l'isthme, de la moelle allongée et du cervelet. Toutefois, la base du 4e ventricule est nettement injectée. Lorsqu'on enlève la voûte orbitaire, les orbites apparaissent remplies d'une épaisse couche de tissu adipeux, le contenu de l'orbite gauche paraissant au toucher plus dense qu'à droite ; mais les vaisseaux, les nerfs, les muscles, etc., n'offrent aucune anomalie.

L'encéphale pèse 49 onces (1). Le cervelet, l'isthme, la moelle allongée pèsent ensemble 6 onces 1/2.

Thorax et cou. Cœur. — Pas de liquide péricardique. Quelques plaques blanches à la surface des ventricules. Légère dilatation des cavités, avec un peu d'hypertrophie des parois. Poids, 10 onces 1/2. Valvules normales. Aorte un peu dilatée, légèrement athéromateuse. L'artère vertébrale gauche part de la crosse de l'aorte entre les artères carotide et sous-clavière gauches.

1. L'once équivaut à 31 gr. 1035.

Poumons. — Un peu de congestion hypostatique. Rien d'anormal.

Glande thyroïde et thymus. — La glande thyroïde est fortement et uniformément hypertrophiée et ferme au toucher. Le lobe latéral droit mesure 3 pouces 1/2 (1) de longueur, 1 1/2 de largeur et presque 1 1/2 en épaisseur dans sa partie la plus épaissie, Le lobe latéral gauche a 3 pouces 1/4 de long, presque 1 1/2 de large et presque autant d'épaisseur. Les lobes latéraux sont reliés antérieurement un peu au-dessus de leur extrémité inférieure par un lobe médian qui, séparé du lobe droit par une gouttière profonde, se dirige en haut et à gauche, en s'étendant jusqu'au niveau de l'échancrure centrale du cartilage thyroïde, et longeant le côté gauche de cette échancrure. Ce lobe est de forme conique et mesure 2 pouces de longueur et 1/2 de largeur.

L'extrémité supérieure est séparée du reste du lobe par un profond sillon. Le sommet du lobe droit dépasse d'un demi-pouce, et le sommet du lobe gauche presque d'un quart de pouce, en arrière, le bord supérieur du cartilage thyroïde ; tandis que l'extrémité inférieure du lobe gauche s'étend un peu plus bras que celle du lobe droit. Les lobes embrassent, mais ne paraissent pas comprimer le larynx, la partie inférieure du pharynx, et la partie supérieure de la tranchée et de l'œsophage,l aissant entre leurs bords postérieurs un espace d'un demi-pouce.

En sectionnant la glande, on rencontre dans le lobe droit quelques kystes à peu près de la grosseur d'un pois et contenant une substance colloïde blanche, couleur de cire. Aucune anomalie n'est à noter dans le système vasculaire, sauf que les artères et surtout le réseau veineux sont plus volumineux que d'habitude.

1. Le pouce équivaut à 0 m. 025.

S'étendant du bord inférieur de la glande thyroïde jusqu'en avant des gros vaisseaux dans le médiastin antérieur, se trouve le thymus remarquablement hypertrophié. Il a la forme d'un triangle irrégulier, à base inférieure, et est constitué par deux lobes latéraux aplatis et triangulaires, qui sont fortement reliés sur la ligne médiane par du tissu fibreux et eux-mêmes irrégulièrement lobulés. Le sommet de chacun de ces lobes est rattaché à l'extémité inférieure du lobe correspondant du corps thyroïde par du tissu fibreux et des vaisseaux sanguins. La glande mesure 3 pouces 1/2 de la base au sommet, de même d'un côté à l'autre et un tiers de pouce d'épaisseur. Elle a une consistance ferme, charnue. La vascularisation est normale.

La portion cervicale du cordon sympahtique, disséquée pour un examen ultérieur, ne présente aucune lésion apparente.

Dans ce cas, le goître exophthalmique a été reconnu bien avant la période d'excitation aiguë. Trois ans environ avant l'apparition de celle-ci, le cou de la malade était devenu gros.

Nous trouvons encore au début l'irritabilité et l'instabilité d'humeur.

Bien que l'auteur ne signale aucun stigmate réel d'hystérie, il regarde sa malade comme une hystérique. Il le désigne nettement par ces mots « une tendance aux manifestations hystériques. »

Les périodes d'excitation sont entrecoupées de périodes de calme, peut-être même de dépression. Mais le goitre exophthalmique poursuit sa marche progressive dans tout le cours de ces accidents. Les troubles psychiques s'amen-

dent même avant la fin. Il s'est produit en dernier lieu des phénomènes paralytiques qui s'emblent d'origine organique (lésions cérébrales à l'autopsie).

L'hérédité est ici négative.

Cette observation est une des plus intéressantes qui aient été publiées au double point de vue psychique et tomatique. Nous ne devons pas insister sur ce dernier point.

Observation X

Meynert, analyse in Annales medico psychologiques, 1874, T. X, p. 307.

Folie avec maladie de Basedow concomitante.

La malade était âgée de 17 ans ; comme cause de l'affection on signale des dispositions névropathiques héréditaires et le chagrin causé par la mort de la mère. Bientôt éclata le délire, accompagné d'une agitation maniaque continuelle, d'hallucinations de la vue ; les sentiments affectifs étaient complètement pervertis et la jeune malade s'échappa vingt fois de la maison paternelle. En même temps on constate l'inflammation des ganglions cervicaux, des palpitations du cœur qui battait de 120 à 150 fois. de fréquentes épistaxis, l'élévation de température de la tête et un certain degré d'exophthalmie, sans gêne dans les mouvements du globe oculaire, ni des paupières.

Observation XI (*résumée*).

Alex. Robertson, in the Journal of mental science, janvier 1875.

Individu atteint de maladie de Graves qui, dans le cours cours de sa maladie, fut pris d'une agitation maniaque très intense qui persista jusqu'à la mort. L'autopsie ne put être faite.

Observation XII

Mac Donnell. Cité par Rendu, in art. du Dictionnaire encyclopédique.

Femme de 22 ans, qui fut prise de palpitations de battements du corps thyroïde et d'accidents cérébraux maniaques.

Observation XIII

Une dame, d'une quarantaine d'années, apprend que son fils, engagé dans un régiment de l'armée, vient d'être puni pour un acte d'indiscipline qui compromet son avenir militaire ; le soir même elle est prise d'un accès d'étouffement, passe la nuit sur un fauteuil, dans une angoisse excessive, avec des palpitations cardiaques et thyroïdiennes violentes ; tous les signes de la maladie de Basedow, moins l'exophthalmie, se déclarent, et la malade reste plusieurs semaines dans un état fort pénible.... L'interrogatoire attentif de la malade

apprit que depuis de longues années elle était d'une impressionnabilité excessive, qu'à plusieurs reprises elle avait souffert de palpitations intenses, et *qu'à la suite d'une grossesse elle avait eu un accès de manie aiguë qui avait duré une quinzaine de jours.*

Observation XIV

Rendu, In art. du Dictionnaire encyclopédique. Complétée par l'auteur lors de la discussion sur les idées de persécution dans le goître exophthalmique à la Société médicale (*séance du* 28 *février* 1890).

Une femme atteinte de goître exophthalmique avec insomnie se plaignait de cauchemars insupportables : il lui semblait voir une foule d'objets lumineux d'apparence vague qui, pendant la nuit, s'agitaient autour de son lit ; bientôt ces objets prenaient des contours déterminés et devenaient des formes humaines ; aux hallucinations de la vue se joignaient des hallucinations de l'ouïe : au milieu de l'obscurité elle entendait distinctement des voix qui l'appelaient et la jetaient dans une angoisse inexprimable. Cette malade, fort intelligente, exprimait parfaitement ses impressions successives : au début, elle sentait qu'il s'agissait de purs cauchemars et n'y faisait point attention ; puis elle avait conscience que son cerveau se pressait et qu'elle n'avait plus d'empire sur elle-même ; le lendemain, elle était encore sous l'influence de cette idée fixe, et restait persuadée qu'elle allait perdre la raison. Ces accidents durèrent une quinzaine de jours et disparurent.

Le goître exophthalmique avait apparu longtemps après une attaque de folie puerpérale. Elle fut prise brusquement

de frayeur purement hallucinatoire, sortit de son domicile et alla se perdre dans la campagne.

Cette malade n'offrait aucun stigmate d'hystérie, elle présentait seulement des zones d'hypéresthésie et des symptômes psychiques bizarres relevant seulement du goître exophthalmique. Un des fils de cette malade vient de mourir dans un asile d'aliénés.

Observation XV (*résumée*).

Georges Savage. Goître exophthalmique avec désordres mentaux. In Guy's hospital reports, 1883, vol. XLI. (1)

Artiste, célibataire, 28 ans, admise en 1877. A deux parents fous. Deux mois avant son admission à Bethlem, incohérence, excitation, se croyait actrice, idées fausses de son pouvoir et de son influence. Insomnie.

Palpitations et exophthalmie survenus depuis un an. Avait au moment de son entrée la triade de Basedow avec 140 pulsat. à la minute.

La folie dura un mois ; était sale, remplissait sa bouche de pierres et de morceaux de bois.

Elle devint ensuite très faible, eut des vomissements, et fut obligée de garder le lit.

Cet état s'aggrava et elle tomba dans le marasme, avec un état de stupeur prononcée.

Avant sa mort, elle put reconnaître son père, mais c'est le seul signe de lucidité mentale qu'elle présenta.

Autopsie. — Congestion superficielle du cerveau. Léger excès de liquide arachnoïdien. Ventricules à parois granuleuses. Telles furent les seules lésions cérébrales.

1. Traduction personnelle.

Observation XVI (*résumée*).

G. Savage. Ibid. (Trad. pers.).

Agée de 23 ans, télégraphiste, célibataire, entrée en juin 1880. Un cousin fou.

Deux mois avant son admission, dépression, insomnie. Idées noires. Paraît avoir eu des hallucinations de l'ouïe. Exophthalmie.

Quatre mois après son admission, amélioration simultanée des symptômes mentaux et physiques. En 1881, période d'excitation. Exophthalmie. Pouls 120 à 140.

La malade était pleine de toute sortes d'idées misérables, elle pensait qu'elle n'était pas une femme, mais une bête, et qu'elle avait causé tous les malheurs et les désastres auxquels elle assiste chez ses voisines d'hôpital.

Elle pensait qu'elle devait mourir et qu'il lui était impossible de guérir. Elle reconnaissait l'endroit où elle était, parlait de ses amis, se les rappelait, mais elle ne désirait pas les voir. Parfois elle gâtait.

Il est intéressant de remarquer que la forme du délire dans ce cas est absolument analogue à celle qui est rapportée dans l'observation de M. Joffroy (v. obs. XXII).

Observation XVII (*résumée*).

G. Savage. Ibid. (Trad. pers.).

J. B..., admise en juillet 1879. Père fou. Célibataire, 24 ans.

Un mois avant son admission, désordes mentaux. Cause

occasionnelle : affaires de succession, mort de sa sœur poitrinaire. Mélancolie de plus en plus accusée. Période de dépression ayant fait place à période d'excitation (hurlait, chantait, dansait). Elle croyait avoir commis un crime, et paraît avoir eu des hallucinations.

Pouls, 140. Exophthalmie.

Mort par diarrhée et au milieu de phases d'excitation 16 jours après son admission.

Autopsie. — Méninges présentant une conjestion intense. Pas d'autres lésions cérébrales apparentes.

Observation XVIII

Landouzy. Clinique de la Charité in Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1886, *art.* 13393, *p.* 538.

... Ses antécédents héréditaires prouvaient nettement la filiation des accidents nerveux. Depuis son enfance tous les incidents pathologiques survenus chez lui s'étaient accompagnés de phénomènes d'ordre nerveux : la rougeole, une angine simple, une morsure de chien avaient occasionné un délire violent. A dix-sept ans, à la suite d'une discussion de famille, il s'engagea et au régiment, où il passait pour un baroque, eut des difficultés avec tout le monde. C'est à cette époque qu'il eut ses premières palpitation ; un jour il dut subir une punition pour regard arrogant ; or ce caractère du regard est précisément celui qui se retrouve souvent dans le goître exophthalmique. Ce malade avait souvent aussi *des crises d'excitation* avec turgescence de la face simulant des accès de colère pour lesquels il fut puni fréquemment. Ce ne fut enfin qu'après un séjour à l'hôpital que les différents caractères du goître exophthalmique s'étant accentués, il fut considéré comme un malade.

strange - odd
a lunatic -

Observation XIX

Peter-Lecorché. In clinique médicale de l'hôpital Necker Bulletin médical. n° 36, p. 410, 1890.

Dame à idées très ambitieuses atteinte de goître exophthalmique. Chez elle, l'hydrothérapie fit à peu près disparaître les principaux symptômes ; puis son mari s'étant présenté à la députation et ayant échoué, elle resta privée de ce qu'elle avait de raison pendant près de trois mois.

Observation XX

G. Ballet. In Revue de médecine 1888. Goître exophthalmique: tachycardie, tuméfaction du corps thyroïde, exophthalmie. Parésie des muscles oculaires et faciaux. Hystérie, hémianesthésie gauche avec perte du sens musculaire. Diplopie monoculaire.

Aim..., trente-trois ans, tapissier, entré le 7 janvier 1888, salle Delpech, n° 1, hôpital Broussais.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants ; n'a ni frères ni sœurs. Un oncle paternel et un oncle maternel morts dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Aim.. a toujours été nerveux et émotif, mais jusqu'à l'apparition de l'affection actuelle n'a jamais fait de maladie et n'a jamais présenté de troubles sérieux.

Histoire de la maladie. — Le 19 septembre 1886, Aim... se promenait à Marseille, sur le bord de la mer, en face du pharo. Il voulut escalader un rocher, son pied glissa et il

tomba à l'eau d'une hauteur de 6 mètres environ. On le repêcha aussitôt, mais il avait perdu connaissance ; on le transporta chez un pharmacien, où il ne tarda pas à revenir à lui, de là on le conduisit à l'hôpital. Durant les premiers jours qui suivirent l'accident, on n'aurait noté aucun phénomène particulier, si ce n'est une excessive impressionabilité.

Mais, à la fin d'octobre, Aim... commença à éprouver des palpitation. Son cœur se mit à battre violemment, au point de gêner la marche.

« Je ne pouvais parfois, dit le malade, ni avancer, ni reculer ». Vers la même époque le cou gonfla et les yeux devinrent plus saillants. En même temps le patient remarqua qu'il lui était impossible de marcher dans l'obscurité et que sa force musculaire avait diminuée. Se trouvant alors dans l'impossibilité de continuer son métier de tapissier, Aim..., se rendit à Paris. Il fut admis tout d'abord, comme nous l'avons récemment appris, à l'hôpital des Tournelles, dans le service de M. Debove, qui l'examina avec soin et le présenta à la Société médicale des hôpitaux. Au mois d'août 1887, on constatait les symptômes suivants, ainsi qu'il résulte de l'observation publiée par M. Debove, dans les bulletins de la Société.

« Aujourd'hui, dit M. Debove, nous constatons l'existence d'une anesthésie généralisée, cutanée et sensorielle (ouïe, odorat, vision). En même temps il y a perte du sens musculaire, la station et la marche sont impossibles lorsque les yeux sont fermés, la position des membres est facilement méconnue lorsqu'elle n'est pas vérifiée par la vision. Notre malade est hystérique, parce que cette anesthésie généralisée est pathognomonique de l'hystérie, parce qu'on ne la rencontre dans aucune autre maladie avec les caractères spéciaux qu'elle présente ici. Il y a d'ailleurs d'autres symptômes qui viennent confirmer ce diagnostic : très souvent le

malade éprouve la sensation d'une boule qui, partie de la région épigastrique, remonte jusqu'au larynx, s'y arrête, provoque des phénomènes de dyspnée et des signes fort pénibles qui ressemblent à une attaque de nerfs avortée. Sur quelques points du corps, dans les régions iliaques droite et gauche, au niveau de l'hypochondre droit à l'union des vertèbres cervicales et dorsales, il y a des zones hyperesthésiques, la pression sur ces points provoque des douleurs très vives, quoique dans les mêmes points la peau soit anesthésiée. En même temps que des symptômes de l'hystérie, existent les symptômes caractérisques du goître exophthalmique. C'est un goître fruste, car le corps thyroïde est peu ou pas tuméfié, mais il est un peu douloureux. La saillie des globes oculaires est évidente. Les battements du cœur sont précipités 120 à 140 pulsations, et ils sont si violents qu'ils agitent tout le thorax ». Le malade quitta l'hôpital des Tournelles vers le milieu de 1887, et se présenta le 26 janvier 1888, à la consultation du bureau central, d'où il fut dirigé dans notre service, à l'hôpital Broussais.

Etat actuel (du 27 janvier au 15 février). L'examen nous démontre qu'il existe en effet, comme c'est relaté dans la note de M. Debove, deux ordres de symptômes, les uns se rapportant à l'hystérie, les autres au goître exophthalmique. Mais nous constatons en outre des symptômes qui ne font pas partie de la symptomatologie habituelle de l'hystérie ou de la maladie de Basedow.

I. Symptômes hystériques. — A. 1° Sensibilité générale. Il existe une hémianesthésie gauche générale quant à son étendue, absolue quant à son degré. Le malade en effet ne sent à gauche ni au crâne, ni à la face, ni au tronc, ni aux membres ; la perte du sentiment existe aussi bien pour le froid et le chaud que pour la douleur et le contact. A droite, la sensibilité cutanée n'est pas abolie, mais elle est notable-

ment diminuée. Le malade perçoit les impression tactiles, de chaleur et de douleur, mais avec beaucoup moins de netteté et d'intensité qu'à l'état normal. La sensibilité de la plante du pied est la même que celle des autres parties du corps, abolie à gauche, très diminuée à droite.

2° *Sens musculaire.* — Aboli à gauche, très diminué à droite. De cette abolition résultent des troubles très accusés de la locomotion et de la station. Le malade étant debout, si l'on vient à lui occlure les yeux, il se laisse immédiatement aller à gauche et, si on n'avait la précaution de le soutenir, il tomberait lourdement à terre : ce qui lui est arrivé plusieurs fois devant nous. Il résulte de ce fait que la marche est impossible dans l'obscurité ou lorsque les yeux sont fermés. Pendant le jour, les yeux étant couverts, elle est gênée sans être très difficile. On constate que le malade ne va pas directement devant lui. Il marche en zigzag, comme un homme pris légèrement de vin. Les deux jambes, au lieu de se porter parallèlement l'une au-devant de l'autre, s'entrecroisent de temps en temps.

3° *Sensibilité spéciale.* — *a.* Goût. Anesthésie complète de la sensibilité générale et spéciale de la langue, qu'on peut piquer sans éveiller la moindre douleur. Le goût du sel, du poivre, du sucre n'est perçu ni à droite ni à gauche. — *b.* Odorat. L'ammoniaque provoque une légère impression à droite ; la narine gauche y est tout à fait insensible. Il en est de même de l'eau de Cologne. — *c.* Ouïe. A droite, le malade perçoit le tic-tac de la montre à 7 à 8 centimètres de distance ; pour qu'il l'entende à gauche, il faut que la montre soit directement appliquée contre le pavillon. Si l'on ferme le conduit auditif externe droit avec la main, tandis qu'on adresse à haute voix la parole au malade, celui-ci n'entend qu'une espèce de bourdonnement confus. Il comprend cependant assez bien ce qu'on lui dit, mais il nous af-

firme que, s'il comprend, c'est parce qu'il suit des yeux le mouvement de nos lèvres. Il paraît bien en être ainsi, car la parole n'est plus du tout comprise lorsqu'on a soin de se placer derrière le malade. — *d.* Vue. Rétrécissement considérable du champ visuel à droite ; à gauche, le rétrécissement est encore plus accusé, et le malade voit fort mal de cet œil. Il existe en outre de ce côté de la diplopie monoculaire très nette.

En résumé, il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, avec abolition totale du sens musculaire de ce côté, et une hémydysesthésie droite.

B. Zones hystérogènes. — On détermine une douleur vive et une exagération douloureuse des palpitations cardiaques par la pression de la fosse iliaque gauche. Il existe une seconde zone douloureuse vers la partie dorsale supérieure de la colonne vertébrale.

C. Attaques. — D'après les renseignements que nous donne le malade, il semble qu'il n'ait jamais eu de véritable attaque d'hystérie. Il éprouve parfois comme une sensation de resserrement et de constriction à la gorge, accompagnée de dyspnée. Mais il est difficile de faire la part de ce qui, dans ces accidents, revient à l'hystérie et au goître. Toutefois nous avons assisté un matin à une véritable attaque d'hystérie, à la suite d'un examen un peu prolongé du malade. Aim... a ressenti tout à coup une sensation pénible dans le ventre, celle d'une boule remontant à la gorge et l'étouffant. Il est tombé à terre, ne s'est pas débattu d'une façon notable, ne paraît pas avoir perdu connaissance. Cette crise de petite hystérie n'a duré que quelques instants.

Suite de l'observation in Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, 6 *mars* 1890, *p.* 128.

A... est en proie à une constante inquiétude : le sentiment qui le domine est celui d'une défiance perpétuelle à l'égard de tous ceux, connus ou inconnus, qui l'entourent ou qui l'approchent. Son attitude réservée, les difficultés qu'on éprouve à capter sa confiance et à obtenir des réponses aux questions qu'on lui adresse, laissent entrevoir bien vite, à l'approche de cet homme, le fond de méfiance qui est actuellement le trait dominant de son caractère. Lorsque, avec mille précautions, nous arrivons à obtenir que le malade nous renseigne sur les sentiments intimes qui l'agitent, sur les motifs de l'excessive réserve qu'il nous témoigne, A... finit par nous apprendre ce qui suit. Il est convaincu « qu'on lui en veut et qu'on le persécute » ; aussi a-t-il horreur de la société ; il aime mieux se trouver seul ; il lui est particulièrement pénible d'être au milieu des gens qu'il connaît ; il préfère au contact des personnes qu'il a déjà vues plusieurs fois, celui de la grande foule inconnue au milieu de laquelle, sur le boulevard, par exemple, il éprouve moins d'appréhensions. Encore dans cet isolement relatif où il se complaît, n'est-il pas absolument tranquille. Souvent, au café, par exemple, il a cru remarquer qu'on parlait de lui ; ses voisins inconnus faisaient des gestes et évidemment s'occupaient de sa personne. Aussi prenait-il rapidement sa consommation et se hâtait-il de quitter l'établissement. A l'hôpital, même chose se produit ; A... se défie de ses compagnons de salle ; s'il se promène, c'est tout seul. Les malades et les infirmiers lui en veulent. Le besoin d'isolement que A... ressent si vivement est pour lui, depuis plusieurs mois, l'occasion d'une vie inquiète et bizarrement agitée. Est-il à Paris, il n'a

qu'un désir, celui de regagner Béziers, son pays natal. Est-il à Béziers, qu'il rêve aussitôt de rentrer à Paris. Ainsi s'expliquent les pérégrinations multiples et les nombreux voyages qu'A... a faits dans l'espace de quelques mois de Paris dans le département de l'Hérault et du département de l'Hérault à Paris. C'est par surprise que nous l'avons amené à entrer à l'hôpital ; et il ne rêve qu'une chose, en sortir pour regagner Béziers. Il nous avoue du reste que aussitôt arrivé dans cette dernière ville, il se hâtera de la quitter pour Marseille, si par hasard il y rencontre quelqu'un de Paris.

. . . . . .

A... n'est pas un mélancolique, mais bien un persécuté ; c'est autour de lui, non en lui-même que résident les agents de son anxiété..... A... circonscrit son délire de persécution, et parmi les persécuteurs dont il a fait choix, il en est trois qu'il accuse plus particulièrement : c'est son père résidant actuellement à Béziers ; c'est M. Debove, dans le service duquel il a été à l'hôpital Audral ; c'est nous-même surtout qui, à différentes reprises, avons eu à le soigner.

Son père, de longue date, lui en veut; rien ne semble cependant légitimer une pareille hypothèse ; le malade néanmoins s'y attache avec une certaine persistance. Il est même allé jusqu'à se livrer sur son père à des tentatives de voies de fait ; il y a quelques mois, au cours d'une petite discussion, il a braqué le canon d'un fusil sur ce dernier ; à la suite de cet incident, il aurait même été sur le point d'être traduit en justice et aurait fait cinq jours de prison préventive à Béziers. Une ordonnance de non-lieu aurait été rendue après expertise médicale.

Quant à nous, A... nous redoute et le déclare sans détour ; il nous redoute « parce que nous le persécutons. » Lors de son dernier retour à Paris, se trouvant dans l'embarras et se rappelant que nous lui avions porté intérêt, il est venu à

l'Hôtel-Dieu nous demander des bons de médicaments et de douches : nous les lui avons remis en lui assignant rendez-vous pour une date ultérieure. A... n'est venu nous trouver que fort longtemps après la date convenue, et lorsque nous lui demandons la raison de ce retard, il nous raconte ce qui suit : « Ayant besoin de vous, je suis souvent venu, pour vous voir, jusqu'à la porte de l'hôpital ; mais arrivé je n'osais pas entrer, j'avais peur de vous voir, d'être encore persécuté par vous et je m'en retournais. Il a fallu que vous me rencontriez à la porte pour que je me sois décidé à en franchir le seuil. » Chaque fois que j'approche du malade, à son attitude, à l'expression de sa physionomie, à ses premières réponses, je constate bien vite que ma présence lui est souverainement désagréable. Je n'obtiens des réponses de lui qu'à la condition de le questionner avec une longue insistance et une excessive douceur..... A..., à différentes reprises, paraît avoir tenté de se suicider ; il a voulu s'empoisonner, et aurait pris dans ce but, en une seule dose, 30 centigrammes de morphine ; une autre fois il a essayé de se pendre... Plusieurs fois en passant près de la Seine, il aurait sérieusement songé à s'y jeter, sans toutefois avoir eu le courage de réaliser ce fâcheux projet.

. . . . . .

Souvent la nuit et fréquemment le jour, en dehors de l'hôpital comme à l'hôpital, à Béziers comme à Paris, il nous voit en imagination ; nous lui apparaissons très distinctement, nous sommes en général revêtu du tablier d'hôpital ; nous adressons la parole au malade, qui, à la vérité, ne distingue pas parfaitement ce que nous lui disons et n'entend qu'un murmure sourd et indistinct..... Il voit aussi souvent M. Debove, puis son père, qui lui fait des gestes de menace... et un de ses oncles, actuellement mort ; il voit les juges qu'il a eu réellement sous les yeux au Palais de Jus-

tice à Paris, dont il a été, durant sa vie oisive, un hôte assidu ; il voit les gendarmes et entend le cliquetis de leur sabre. L'hallucination auditive vient se joindre à l'hallucination visuelle. A... notamment a particulièrement en grippe un malade de la salle « qui lui parle à l'oreille. » Il paraît même avoir eu à plusieurs reprises des hallucinations oblactives ; deux fois A... a senti au pied de son lit « comme une chose purulente »..... Il a de fréquents cauchemars au cour desquels apparaissent les visions les plus variées et fréquemment ces visions persistent et s'éternisent plus ou moins après le réveil. « Cette nuit, nous dit-il, j'ai eu un cauchemar terrible ; j'ai vu deux hommes noirs et pendant plus d'une heure après mon réveil, j'ai continué à voir ces mêmes hommes. »

—

Cette observation remarquable par le rapport des hallucinations et des idées délirantes a servi à M. Ballet pour démontrer l'origine hallucinatoire des idées de persécution dans ce cas. Rappelons que ce malade était hystérique, et que dans ses conclusions, M. Ballet rapportait à l'hystérie les hallucinations.

Observation XXI.

Renaut (de Lyon) in Bullet. Société médicale des hôpitaux 1890.

Goitre exopthalmique, absence d'hystérie et de troubles psychiques antérieurs au goître. — Délire de persécution passager : tentative de suicide. — Retour complet à l'intégrité des opérations cérébrales coïncidant avec une amélioration progressive des symptômes de la maladie de Basedow.

A. V..., 57 ans, entre à l'hospice du Perron le 24 septembre 1885, n° 9 salle Paul Jouve. C'est une fille dont la santé a toujours été délicate, née d'un père phthisique mort à trente trois ans, et d'une mère morte à soixante-quinze ans, dont le caractère était simplement nerveux et un peu impressionnable. Mais, enquête faite, on n'a point constaté de maladies nerveuses proprement dites, ni d'affections cérébrales ches les ascendants de cette malade.

Elle a été réglée à 15 ans, régulièrement depuis. Elle était sujette pendant sa jeunesse à des névralgies et s'enrhumait fréquemment. Elle n'a jamais été chlorotique et n'a pas eu d'attaques de nerfs. La ménopause est arrivée à quarante-cinq ans sans s'accompagner d'aucun accident digne ; d'être noté. Mais, à peu près à cette même époque, A. V..., éprouva de nombreuses difficultés d'existence et des chagrins de toutes sortes ; elle est prise alors d'hémoptysies types qui se renouvellent quatre fois dans l'espace de quelques semaines. Alors son cou, qui avait commencé à grossir dès 1877, devint rapidement de plus en plus volumineux. En même temps, il se produisit des palpitations, des accès d'oppression, des névralgies rebelles, une sensation perpétuelle de chaleur intérieure, et enfin de l'exorbitisme dont elle ne peut préciser le début, mais qui en 1884 était devenu très net ; de façon que, dès son entrée dans le service de M. le professenr Renault, à l'hôpital de la Croix Rousse, le diagnostic de la maladie de Graves type fut posée d'emblée.

La malade couchée au n° 20 de la salle Sainte-Blandine, y fit un long séjour, sans rien présenter d'abord de particulier au point de vue du système nerveux. Puis brusquement, elle devint sombre, craintive, se cachant contre son oreiller dès qu'on la voulait interroger. On recherche alors soigneusement les raisons de ce changement ; on constate positivement l'absence de tout stigmate suspect au point de vue de

l'hystérie. Au bout de quelques jours, la malade réclame son exeat sous prétexte qu'on lui en veut dans la salle, que les malades et les sœurs la regardent de travers, etc.

Elle finit par obtenir sa sortie et, le jour même, elle se jette au Rône, d'où elle est du reste immédiatement retirée par des bateliers riverains.

Depuis lors, cette femme cache très soigneusement sa tentative de suicide dont elle a la plus grande honte. On parvient néanmoins à savoir qu'elle avait agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible à en finir de la vie, les chagrins lui ayant paru subitement insurmontables et interminables. Elle a parfaitement conscience que cette manière de voir était illusoire.

D'ailleurs aussitôt après sa tentative de suicide, elle a cessé d'entendre des voix et de songer exclusivement à ses ennuis et à ses chagrins.

Dès son entrée au Perron, en 1885, sa cérébration était devenue parfaite. Elle est simplement tourmentée par ses anciennes névralgies, siégeant tantôt à la face, tantôt sur les nerfs intercostaux ou sur ceux des membres ; ce sont des névralgies vagues sans point de Valleix bien déterminés.

En somme cette malade est la moins ancienne et la moins bizarre des trois malales atteintes de la maladie de Basedow qui sont actuellement dans le service.

Au point de vue du syndrome de Graves, l'état de A. V.., était le suivant en 1889.

Goître. Au cou, goître bien développé, surtout à gauche, donnant à la palpation la sensation d'une masse molle, dépressible. A l'inspection on voit des battements isochromes à la pulsation cardiaque, qui ne sont pas communiqués par la carotide (lesquelles battent fortement, surtout à droite), pas de thrill. A l'articulation pas de souffle, ni continu, ni

discontinu ; mais l'on entend d'une façon très nette la propagation du bruit du cœur.

Ce goître gêne la malade, surtout dans la marche, la course, les travaux pénibles, au point de lui causer parfois des accès de suffocation peu intenses toutefois. Elle remarque que de temps en temps la voix devient rauque sans motif apparent et sans rhume existant.

Exorbitisme. L'exophtalmie est très prononcée, baltérale, la paupière supérieure semble un peu parresseuse dans ses mouvements sur le globe.

Pas de troubles fonctionnels d'ailleurs du côté de la vue qui est bonne. S'il n'y a pas de souffle oculaire. Au cœur pas d'hypertrophie, souffle systolique médio-cardiaque doux. Pulsation cardiaque intense, surajoutant un choc au départ aux bruits normaux du cœur et créant un rythme de galop. La tachycardie est cependant peu intense.

Tremblement. Le tremblement, qui manquait absolument au début et dans les premières années de la maladie. Commence à apparaître et il est encore peu accusé, on trouve quelques oscillations aux doigts, qui de prime abord pourraient être mises sur le compte de l'émotion.

Mais la malade affirme que de temps a autre, et sans cause appréciable, ce tremblement s'exagère au point de la gêne dans ron travail de couturière.

Phénomènes nerveux accessoires. L'état nerveux général est toujours peu développé, sauf les névralgies qui reviennent fréquemment. Dans leurs intervalles, la malade est calme. Le système entier des vasomoteurs de la face est légèrement parésié. Le teint du visage et du cou est coloré, ce qui n'existait pas avant la maladie de Craves, affirme la malade. La rougeur habituelle existe aussi aux mains et aux pieds.

Partout où elle existe la patiente ressent une sensation de

chaleur extrêmement marquée et qui la tourmente. En dehors de là pas de troubles trophiques, ni d'œdèmes, ni d'éruptions figurées à la peau. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. (Note prise en janvier 1889 par M. Philippe, interne du service).

Février 1890. — Même état, plutôt atténué dans son ensemble. L'exophtalmie, en particulier, a paru rétrograder. Aucun trouble mental, ni aucun stigmate hystérique ne peuvent être relevés.

Observation XXII

Extrait de la communication de M. Joffroy à la Société médico-psychologique (séance du 31 mars 1890).

L'aspect de la malade est caractéristique, elle a l'attitude et la physionomie du désespoir. Elle pleure presque continuellement, se lamente en disant qu'elle est damnée parce qu'elle n'est pas chrétienne. Si on cherche à la détromper, elle ajoute qu'elle ne peut pas être chrétienne, puisque ce sont les animaux qui l'ont mise sur la terre. Elle convient toutefois que son père et sa mère ressemblaient extérieurement aux autres hommes ou femmes, mais qu'ils en étaient quand même des animaux, puisqu'ils n'étaient pas chrétiens.

La nuit et surtout pendant son sommeil, le dortoir où elle se trouve se remplit d'un grand nombre de chrétiens, hommes et femmes, et ce sont ces gens (qui ne sont en aucune façon des persécuteurs et ne viennent que pour faire le bien) qui lui ont révélé sa triste situation.

Elle affirme et maintient énergiquement que très fréquemment ces grandes réunions de chrétiens se font dans

la salle, mais elle ne les voit jamais, ne les entend pas, n'a aucune perception, ni par l'odorat, ni par le goût, ni par le tact trahissant leur présence, et néanmoins elle sait avec la plus grande certitude qu'ils sont là, parce qu'elle ressent une douleur spéciale, vague et non localisée en un point du corps. Ces personnes ne se servent pas de ces organes, ne la font ni parler, ni remuer, mais la font penser et lui ont ainsi révélé son origine bestiale.

C'est en vain qu'alors nous avons cherché chez cette mélancolique des idées de persécution ; elle ne voit autour d'elle que des gens qui veulent le bien ; elle est docile et si elle ne veut se soumettre à aucune médication, ce n'est pas parce qu'on veut l'empoisonner, c'est parce que son mal étant intimement lié à sa naissance, est incurable et qu'il lui est inutile par conséquent de se soigner.

Mais si chacun autour d'elle fait le bien, elle-même ne produit que le mal. Elle empoisonne tout le monde par sa présence, et dernièrement nous l'avons trouvée plus désolée encore que d'habitude, parce qu'une de ses voisines avait été frappée d'une attaque d'apoplexie ; c'était elle qui en était cause. Elle est également cause des malheurs qui surviennent aux personnes de sa connaissance vivant hors de Paris et très loin d'elle.

Ajoutons à ces symptômes un tremblement habituel de tout le corps, une asystolie avec battements rapides et irréguliers, et un souffle assez fort à la pointe.

Voilà quels sont les symptômes dominant dans l'état actuel, et il serait très possible à un médecin non prévenu de ne voir là qu'un cas de mélancolie générale, avec tremblement, affection mitrale et asystolie sans songer au goître exophthalmique. Il n'en était pas ainsi il y 14 mois, quand la malade est entrée dans mon service ; bien au contraire, le tableau symptomatique de la maladie de Basedow était

presque complet. L'exophthalmie seule faisait presque défaut. Mais si les symptômes sont peu accusés du côté des yeux, il n'en est pas de même des autres signes.

Le corps tyroïde présentait un gonflement notable, mais uniquement dans le lobe droit ; on y perçoit nettement un mouvement d'expansion, soit par la vue, soit par la palpation.

En outre, la malade se plaignait de palpitations fréquentes. Les bruits du cœur étaient à cette époque réguliers, éclatants et ne présentaient rien d'anormal, sans une sorte de roulement au premier bruit. La pointe du cœur battait entre le 4e et le 5e espace intercostal.

Le pouls était d'ordinaire à 120, et beaucoup moins accusé à la radiale qu'à la carotide. Enfin, on constatait aux membres supérieurs et surtout aux mains un tremblement menu, fréquent et s'exagérant beaucoup sous l'influence de la moindre émotion.

La malade présentait en même temps de la polyurie, de la gastralgie fréquente, de la tendance à la constipation, un état d'anémie assez marqué et de l'insomnie.

A cette époque, la malade ne paraissait présenter d'autres troubles psychiques qu'une émotilité très grande, une susceptibilité exagérée et un degré de tristesse qui paraissait bien justifié. On verra par la suite qu'il ne s'agit là que d'une apparence et qu'en réalité il y avait alors des idées de persécution déjà anciennes.

La malade reste dans cet état, sans modifications notables, pendant 10 mois environ, de février à décembre 1889 et alors survint un symptôme nouveau, qui précéda de peu le développement de la mélancolie générale, je veux parler de l'hallucination visuelle produite par la fixation du regard. Le lit de la malade est disposé de telle sorte qu'elle aperçoit à travers les fenêtres du dortoir la cime de plusieurs

arbres sur lesquels viennent fréquemment se poser des oiseaux et particulièrement, à l'époque dont il s'agit, de grosses corneilles qui reviennent chaque hiver à la Salpêtrière. Or, il arrivait très fréquemment à la malade, quand elle regardait fixement les arbres, de croire y voir des corneilles en nombre de plus en plus grand, et bientôt tel que les arbres en étaient couverts et que l'air en était obscurci. Ce n'était nullement une réalité, mais bien une hallucination.

Ajoutons que depuis la ménopasue, c'est-à-dire depuis quatre ou cinq ans, la malade avait eu, à plusieurs reprises, des hallucinations de la vue, des visions de scènes champêtres, par la fixation prolongée d'un point. Jamais il n'y a eu d'hallucinations auditives soit isolées, soit concomitantes.

Dans quelles conditions s'est développé ce goître exophtalmique ?

Il n'y a pas eu d'antécédents héréditaires ni chez le père, ni chez la mère ; un frère et une sœur sont morts de phthisie à 20 et 22 ans, une autre sœur est bien portante ; un oncle, encore vivant, est bourru et très peu intelligent.

La malade a 55 ans ; elle a été réglée à 13 ans, n'a jamais présenté aucun symbtôme d'hystérie, n'est pas alcoolique, a été mariée à 20 ans, a éprouvé vers l'âge de 28 ans des accidents pénibles de toux quinteuse avec crachements de sang qui ont fait craindre l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Quelques années plus tard survinrent des accidents sur lesquels il y a lieu d'insister, et qui nous ont été rapportés différemment par la malade et par un membre de sa famille très digne de foi.

La malade attribue son mal à de profonds chagrins domestiques. Après une quinzaine d'années de mariage pen-

dant lesquels il n'était survenu aucun incident, son mari commença à être infidèle, puis la quitta pour aller vivre avec une autre femme. Elle apprit ensuite que de cette union illégitime étaient nés plusieurs enfants. Elle en fut très affectée, eut des idées de suicide à ce point qu'elle demanda à être mise à Sainte-Anne, où elle séjourna pendant six mois.

Plus tard, son beau-frère, à qui était confiée la gestion de ses économies, l'aurait volée, et depuis cette époque elle vit sans aucune relation avec sa famille.

Ces renseignements nous ont été donnés par la malade et nous sont confirmés par une de ses amies qui la connaît depuis 4 ans seulement, et qui nous ajoute que la malade est très honnête, très bonne, très sobre, mais prête à s'irriter et en proie à une grande tristesse avec des idées de suicide, sans que, à sa connaissance, elle ait jamais fait aucune tentative.

Nous en étions à ce point de notre observation, lorsque nous pûmes nous procurer l'adresse du beau frère, qui habite la province, et qui s'empressa de venir à Paris dès qu'il crut pouvoir être de quelque utilité à sa belle-sœur. Et alors il nous apprit que les chagrins domestiques de la malade étaient purement imaginaires, que les scènes de jalousie qui en marquèrent le début n'avaient aucun fondement sérieux, que le mari avait été obligé de quitter sa femme parce que celle-ci lui rendait la vie insupportable, que jamais il n'avait vécu maritalement avec une autre femme et que rien ne permettait de supposer qu'il ait eu des enfants depuis sa séparation.

Le vol était également imaginaire : les économies de la malade avaient été placées par lui-même en rente sur l'Etat; mais le titre ayant changé de forme et de couleur à l'époque d'une conversion, la malade n'hésita pas à se regarder

comme lésée et intenta un procès qu'elle perdit sans qu'on pût réussir à la convaincre de l'honnêteté de son beau-frère, pas plus qu'on n'avait réussi à lui démontrer la bonne conduite de son mari.

De sorte que si l'on veut attribuer aux chagrins domestique une part dans la pathogénie du goître exophthalmique, il faut remarquer que ces chagrins ne reposent que sur des faits complètement imaginaires. Du reste, à un moment donné, ce système de persécution a pris une plus grande extension, et a nécessité l'internement forcé de la malade à l'asile Sainte-Anne.

Nous ne pouvons dire avec précision quels étaient alors les troubles qu'elle présentait, mais le beau-frère nous apprend qu'elle parlait de prison, de jugement, de décapitation.

Cette malade, qui a aujourd'hui 55 ans, a donc présenté des troubles psychiques dès l'âge de 35 ans, et depuis cette époque, ils ont toujours persisté avec plus ou moins d'évidence.

Il resterait alors à déterminer l'âge exact du goître exophthalmique. Cela est bien difficile. Ce qui semble certain, c'est que jamais les médecins n'ont parlé devant elle de cette maladie que depuis trois ans maintenant, et que d'autre part jamais aucune personne de sa famille n'avait remarqué l'augmentation du volume du cou, jusqu'à l'époque où, il y a trois ans, le médecin l'a constaté. Il semble donc probable qu'ici le goître exophthalmique se soit développé au cours d'une mélancolie générale.

Observation XXIII.

A. Joffroy. In Bulletin de la Soc. medicale des Hôpitaux de Paris. 17 avril 1890. Troubles psychiques et hallucitions dans la maladie de Basedow.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, présentant depuis plus de cinq mois les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, palpitations ; pouls habituel de 112 à 120 ; tremblement des mains ; tumeur thyroïdienne assez volumineuse, dure, avec battements perçus par la malade et appréciable au toucher ; très peu d'exophtalmie.

Cette malade, qui a toujours été très nerveuse, très impressionnable, a eu autrefois et à plusieurs reprises des syncopes, des accès de dyspnée avec constriction laryngée et des bizarreries de caractère ; elle présente un peu d'ovaralgie gauche ; bref, des signes suffisants pour admettre un léger degré d'hystérie.

Elle a vu il y a déjà longtemps un chien enragé et a eu une très grande peur. Pendant les deux années qui ont suivi, elle a souvent revu dans un rêve pénible cet animal, tel qu'elle l'avait vu une première fois, puis peu à peu ce cauchemar est devenu de plus en plus rare et enfin avait disparu depuis plusieurs années quand, il y a cinq mois, est survenue la maladie de Basedow.

Actuellement ce malade fait de nouveau ce rêve, se réveille dans un état de malaise et de frayeur, et tout en étant éveillée elle continue non pas à représenter, mais à voir l'animal avec l'œil mauvais, la queue entre les jambes, marchant d'une allure un peu pressée, absolument comme s'il s'agissait d'une réalité. Cette hallucination persiste pendant un temps très appréciable, peut-être plus de cinq minutes.

Tout d'abord quand la malade se réveille, elle est sous l'illusion entière de l'hallucination, puis peu à peu la conscience revient ; la malade constate qu'elle est dans son lit, dans sa chambre, dans l'obscurité et qu'elle est victime d'une sensation imaginaire, mais malgré tout l'hallucination persiste encore quelque temps avec une netteté toute matérielle.

D'autres fois la malade a l'illusion que sa chambre, au milieu de l'obscurité de la nuit, est éclairée par une lumière blanche analogue à celle de la lumière électrique. Mais elle constate facilement qu'il ne s'agit là que d'une fausse sensation, puisqu'elle ne peut, quoique la lumière soit assez intense, apercevoir les meubles ou les objets qui sont autour d'elle.

Je mentionnerai encore l'hallucination suivante, débutant comme la première fois par un cauchemar. Un homme cherche à pénétrer dans la chambre par effraction, et la malade l'aperçoit nettement au travers des rideaux transparents de la fenêtre. Elle se réveille en sursaut, continue à être en proie à une grande frayeur, à voir la silhouette du malfaiteur, puis la conscience revenant, elle se dit que cela ne peut pas être puisque des rideaux très épais sont soigneusemt tirés et qu'on ne pourrait apercevoir un homme derrière la fenêtre. Mais, malgré tout, l'hallucination persiste encore quelque temps.

Cette observation tire son importance de ce fait que le goître exophthalmique survenant, on assiste au réveil d'anciennes hallucinalations hygnagogiques et à leur tranformation en véritables hallucinations sensorielles. Ici l'hystérie a donné au cauchemar un caractère de persistance anormale, le goître a fait l'hallucination.

Observation XXIV *(résumée)*.

J. Bœdeker. — Contribution à l'étude de la folie dans la maladie de Basedow, in Charité Annalen, 1889, p. 455. (Traduction personnelle).

A... S..., comptable, 28 ans, marié.

Depuis l'âge de 12 ans, éprouve des accès de fourmillements de divers côtés devenant de plus en plus fréquents, revenant surtout vers 4 heures du matin. Céphalalgie matinale, incapacité de penser, s'améliore pendant la journée. Pendant un de ces accès, le malade dit avoir perdu la parole un quart d'heure.

Le jour de son entrée, l'accès a été, par exception, accompagné de vomissements. Ces fourmillements se propageaient d'un membre à l'autre et puis d'un côté du corps à l'autre, d'abord une seule fois dans l'espace de trois mois, à présent chaque 2 jours.

Quelques mois auparavant, la seconde femme de son père, qui était affectée de la maladie de Basedow, était morte. Il avait été forcé, après sa, de lui enlever une bague du doigt. L'idée lui vint que peut-être serait-il affecté lui-même de cette maladie. Il continuait néanmoins à se bien porter jusqu'au moment où ses amis attirèrent son attention sur les symptômes de la maladie de Basedow qui se confirmait de plus en plus.

Il survint un changement de caractère, une grande excitabilité, de l'affaiblissement de la mémoire, surtout pour les faits récents.

Etat actuel. — Les différentes sensibilités sont intactes. Caractère très excitable ; à l'arrivée du médecin à la visite, la figure du malade rougit et se couvre de sueur ; il est visi-

blement excité, ses voisins se plaignent de ses violences, ils disent qu'il les battrait si les forces ne lui manquaient.

Affaiblissement considérable de la mémoire : il a oublié les dates et les phénomènes du début de sa maladie.

A plusieurs reprises, le malade se lève la nuit et tout en ayant le vase de nuit à la main, il urine dans la chambre. Ses voisins disent avoir remarqué son absence d'esprit à ces moments. Le matin le malade n'a aucune souvenance de ces faits. Il chante ou parle pendant le sommeil.

L'état physique s'améliore, les accès de fourmillements persistent ; ils se localisent surtout tantôt dans les bras, tantôt dans la région sus-arbitraire sous forme de céphalalgie.

Il quitte l'hôpital, mais y revient après plusieurs mois. Il est cette fois placé dans la section des maladies mentales. Le certificat d'admission porte « folie hallucinatoire. ».

Etat actuel. — Le malade est calme et donne des renseignements assez exacts sur le début de sa maladie et ajoute qu'il entend des voix (surtout le matin), lui parlant dans l'oreille. Ayant entendu dire que ces symptômes sont le prélude de la folie, il s'est rendu chez le commissaire de police. L'exophtalmie est médiocre et le goître peu développé. Hormis cela, tout est normal.

Les premiers jours il se montre tranquille, bientôt il devient anxieux : il entend des voix lui disant de pendre sa femme et perçoit des bruits différents.

Une nuit il distingue clairement une voix qui disait : « Que fait cet homme avec son sabre. » Le lendemain le malade est très anxieux, il croit qu'on veut le rendre fou.

Il se plaint aussi de douleurs dans la région occiputale, d'un sentiment de faiblesse et des fourmillements dans les bras.

Cet état se dissipe ; il prétend que les hallucinations disparaissent ; malgré cela il semble toujours anxieux et il a l'air d'être sous le coup d'hallucinations.

Il avoue cependant que ses voisins le regarde comme fou, il a entendu dire à un malade qu'on veut envoyer du vin à sa femme. Il croit trouver une relation entre les noms de ses voisins et l'histoire de sa vie ; leurs noms étant ceux de certains de ses parents. Il est certainement haï par son entourage ; il juge pourtant inutile de nommer qui que ce soit. Il craint qu'en pensant à cela il ne devienne fou. La cause de ces animosités réside dans des intérêts pécuniaires.

Le malade étant plutôt taciturne, tous ces dires doivent lui être arrachés par des questions réitérées.

Les symptômes physiques sont presque complètement disparus ; de légers tremblements et des palpitations quand le malade est excité.

Observation XV

(*Résumée*) *Ibid.* (Trad. pers.).

A. K.., âgée de 46 ans, célibataire, (c'est sa maladie qui est sensée avoir provoqué celle du malade précédent).

Nombreuses tares héréditaires : père alcoolique, mère très nerveuse, grand-père buveur, mort à la Charité d'alcoolisme ; grand' mère morte dans la démence 6 ans après une attaque ayant eu pour conséquence la perte du langage articulé, sœur anémique et très faible.

Ayant été abandonnée par son amant après avoir mis au monde un fils, elle dit avoir perdu la raison ; elle voyait une montagne et un ange sur son sommet qui lui faisait signe ; elle voulait se suicider et on l'a transportée à la Charité, d'où du reste elle est sortie après 4 jours, les médecins ayant conclu à une simulation (?) — Elle reprit la vie commune avec son amant et donna encore naissance à deux fils.

La mort de son mari et d'autres soucis de famille font apparaître les symptômes de la maladie de Basedow.

Traitement par l'électricité et amélioration notable de l'état général, l'état physique restant à peu près le même.

Six ans après aggravation surtout des palpitations et de la faiblesse générale améliorées encore par le traitement électrique.

Quelque temps après son fils aîné présente des symptômes de foli des grandeurs, ce qui produit une aggravation des palpitations cardiaques.

Elle dit qu'elle a été, elle-même, un peu « frappé » au début, et qu'elle a surmonté cette attaque dans l'intérêt de son fils.

La guérison de son fils produit aussi un effet salutaire sur elle.

Par suite de la misère, son état empire une année après.

Elle voit partout des animaux laids et noirs ; cet état l'aggrave encore après une tentative de suicide que son fils commet sur lui-même.

Diminution considérable de la mémoire, inaptitude au travail céphalalgie et rachialgie, nausées, grande anxiété.

Etat actuel. — Symptômes ordinaires de la maladie de Basedow.

Etat psychique. — Elle est apathique et regarde toujours devant elle, donnant pour cause des hallucinations qui l'ont rendue méfiante.

Elle s'accuse de tous les méfaits qui lui arrivent ; faiblesse morale extrême ; elle est désespérée.

Pas d'hallucinations dans les derniers jours.

Les réponses sont lentes, elle est taciturne.

Cette état reste le même dans la suite, elle se plaint d'anxiété et d'excitation inexplicables ; figure pâle et défaite.

Sur sa demande, elle quitte l'hôpital, pour y rentrer 3 mois après, cette fois dans la division des aliénés.

Le certificat d'admission porte : Grande excitation, accès furieux (la veille, elle se promenait nue et voulait se jeter par la fenêtre).

Etat actuel. — Etat de nutrition déplorable, goître, pouls irrégulier.

Elle est assise la tête baissée, le visage anxieux ; elle répond à voix basse ; elle se dit malade seulement du corps, c'est par erreur qu'elle se trouve dans la division des aliénés ; elle entend des voix qui disent d'elle des choses désobligeantes.

Ils lui parlent aussi de l'amour de O. pour elle : c'est pour lui qu'elle a teint ses cheveux en gris (ses cheveux ont en effet cette couleur).

Elle se tient assise ou couchée sur son lit, impassible, répondant à peine aux questions.

Elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé la veille de son entrée.

Deux mois après, amélioration de son état : elle répond bien aux questions, déclare ne rien se rappeler de la période récente de sa maladie et demande à quitter l'hôpital.

Elle revient quelques jours après, et ne présente dans la suite aucun phénomène psychique. Quelques-uns des symptômes de la maladie de Basedow ont disparu.

Observation XXVI

(*Résumée*) *Ibid.* (Trad. pers.).

J.., fille d'un commerçant, âgée de 34 ans, célibataire. Les certificats des médecins traitants portent : Maladie de Basedow datant de 12 ans, manie aigüe et de la persécution depuis trois mois. Le jour même de son entrée, attaque de folie furieuse.

Elle pousse des cris et est très excitée. Un bain tiède et le repos au lit la calment un peu. Elle donne son nom et réclame sa mère ; elle ne répond pas à d'autres questions, regarde autour d'elle d'un air étonné et frotte violemment sa tête contre l'oreiller. Elle ne prend que quelques aliments liquides. Maigreur, tête très aplatie latéralement et en pointe; expression grimaçante. Symptômes de la maladie de Basedow. Elle dort très peu la nuit, est très exaltée, grimace, crie, essaie de tomber de son lit, ne prend que peu d'aliments, demande beaucoup à boire. Elle meurt dans l'exagération de tous les symptômes.

Observation XXVII

(*Résumée*) *Ibid.* (Trad. pers.).

E. R.., âgée de 24 ans, domestique. Pas d'hérédité. Réglée à 17 ans, régulièrement. Syphilis. Début de la maladie de Basedow il y a trois ans. Etat d'excitation répété l'année dernière.

Symptômes de la maladie de Basedow.

Devenant facilement excitée, anxieuse. Rêves, faiblesse de la mémoire, oublie même ses propres paroles.

Etat actuel. — Symptômes de la maladie de Basedow. Pleure sans cause appéciable. Plus tard, signes du diabète insipide. Anxiété, esprit distrait. Elle a la notion de son état et ne se l'explique pas.

Trois mois après, les troubles psychiques se déclarent plus nettement. Plus grande anxiété, mélancolie, se fait des reproches et se calomnie elle-même. Refuse de prendre de la nourriture, essaie de se jeter par la fenêtre. Transférée dans la section des aliénés.

Elle raconte qu'elle entend des voix qui l'accusent de légè-

reté d'esprit. Elle voit dans ses rêves des personnes des deux sexes qui l'effraient ; voit surtout sa mère qui lui fait des reproches. Ces phénomènes rendent la malade inquiète. Trois jours après elle se montre gaie, chante des couplets, répond de bonne humeur.

Le lendemain retour à l'état anxieux ; elle entend des voix, devient taciturne. A peu près même état les jours suivants ; sommeil meilleur, incontinence d'urine.

Quelques jours après, bonne humeur, presque excessive par moments, elle raconte le séjour qu'elle a fait à l'hôpital pour sa syphilis, remet à la surveillante une corde qu'elle avait cachée sous son oreiller (pour se suicider évidemment). Le lendemain, tristesse qu'elle attribue à des hallucinations: elle entend des voix et croit voir des personnes de sa connaissance qui lui font des reproches. Le soir, sommeil très profond, réveil difficile. Le lendemain, bonne humeur. Le jour suivant, état d'esprit plus égal, veut revenir dans la section des maladies nerveuses pour se faire électriser. Pas d'hallucination, bon sommeil. Visage inquiet. Quelques semaines après, on la fait passer dans la division des maladies nerveuses. Même phénomènes physiqnes. Trois mois après, état psychique satisfaisant.

Observation XXVIII (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le docteur Kéraval.

H. B.., israélite, âgé de 37 ans, placier en diamants, né à Amsterdam, traité à l'asile de Ville-Evrard.

Déclarations de Mme B.., femme du malade.

Son mari est fils de l'oncle patern. de Mme Bén. Ils sont donc cousins germains.

Mari.

Père mort à 63 ans d'une affection du foie. Il était commissionnaire en marchandises, et très sobre.

Mère morte à 30 ans de phthisie pulmonaire ; elle se serait mariée étant déjà phthisique, et sa maladie était déjà très avancée lorsqu'elle mit au monde M. Bén.

Femme.

Père mort à 75 ans, de ramollissement cérébral. La maladie dura sept mois ; le malade était aphasique et ne reconnaissait personne.

Mère vivante, âgée de 76 ans, n'a pas fait de maladie.

Parents communs.

Deux oncles paternels (et par conséquent oncles du mari et de la femme) sont morts, l'un de diarrhée avec étisie, à 60 ans ; l'autre d'hémoptisie pulmonaire. Ce dernier avait de violentes colères.

Une tante paternelle (même remarque) morte à 68 ans d'hémoptisie.

Parents du mari.

M. Bén. est le dernier de trois enfants. Son frère, plus âgé que lui de quatre ans, est en parfait état de santé physique et morale.

Sa sœur, morte il y a dix ans, à 38 ans, de phthisie galopante, était mariée et avait eu six enfants qui sont en Hollande et qu'on ne connaît pas.

Le père de M. Bén. s'est marié trois fois. Il s'ensuit que le malade a un demi-frère qui est âgé de 21 ans, et qui est très intelligent, très travailleur et bien portant.

Parents de la femme.

Mme Bén. a deux frères et quatre sœurs ; l'une d'elles est morte.

L'aînée a 50 ans, est mariée, bien portante, a quatre filles, toute saines.

La seconde a 48 ans, s'est mariée à 24 ans, a trois enfants

La troisième a 39 ans, vit à Rotterdam, mariée, a 4 enfants tous sains.

Un frère, musicien, a 42 ans, vit avec J... G.... (la question du divorce empêchant le mariage) ; pas d'enfant.

Un autre frère a 38 ans; marchand de diamants ; bien portant.

La sœur qui est morte il y a quinze ans avait été toujours bien portante jusqu'à treize ans. A cette époque, il se produisit des lésions de la paupière ; elle devint aveugle. A l'âge de 19 ans, paralysie du côté droit. Mort à 21 ans. Diagnostic probable : tubercules cérébraux.

Mme Bén. est la dernière. Caractère un peu excentrique. Elle s'est mariée il y a treize ans et ne connaissait pas précédemment son cousin qui n'est venu à Paris qu'un an avant leur mariage. Ils se sont mariés par amour en 1877.

Antécédents personnels de B...

De 7 à 15 ans, fièvres intermittentes.

A 23 ans, migraines périodiques apparaissant 2 ou 3 fois par mois.

D'après Mme Bén., son mari était très intelligent, très travailleur, mais aussi très bizarre, très colère, et provoquant de violentes disputes pour toute espèce de motifs. Il a toujours été violent.

Le goître exophthalmique remonte à quatre ans. Début par tremblements avec battements de cœur. Le cou et les yeux ont grossi à la même époque. A cette date, le malade s'occupait d'une façon irrégulière, passait son temps à jouer, ne voulait plus se lever sous prétexte qu'il n'avait rien à faire et qu'on ne voulait plus lui donner de marchandises (il s'était fait, dit Mme, trop d'ennemis par son caractère). Alors sa femme se met à travailler parce qu'elle était obligée de quémander auprès de ses parents. Mais son mari lui défend tout travail, bien que refusant de s'occuper lui-même. Il va

jusqu'à la suivre dans ses courses, et jusqu'à écrire aux clients de ne plus donner de marchandises à sa femme. — Les premières escroqueries sont dues à ce qu'il avait joué et perdu à la bourse. Il vendit alors à vil prix des diamants qu'on lui avait confiés, et se sauva en Hollande avec la plus grande tranquillité, laissant sa femme faire face seule aux créanciers. La somme escroquée s'élève à cinq mille francs. — Pour payer des huissiers, il fit un faux en imitant la signature de sa femme, quoique celle-ci lui eût donné cent quatre-vingt francs. — Il y a un an, il ne voulait plus sortir, par peur de ses créanciers. Il doit à tout le monde, jouait à toutes sortes de jeux. — Il disait aussi qu'il entendait des bruits dans les oreilles. Il venait chercher sa femme pour le sauver de ses hallucinations : dans sa chambre à coucher, il voyait un petit homme qui lui faisait des grimaces, et entendait des voix dont il ne donnait pas la teneur (bruits de cris et de disputes). Il ne buvait pas. Il se livrait à des colères épouvantables, et sciait du bois pour s'abrutir. — La dernière scène eut lieu pendant le repas : sur un propos futile (question d'aliments) il se lève et engage une discussion (créances, loyer). Il veut frapper sa femme, jette sur elle divers objets la poursuit un couteau à la main.

Notes prises dans le dossier de séquestration de la préfecture.

Déclaration de Mme Bén..., le 18 juin 1890.

« Depuis deux ans, actes de violence, scènes scandaleuses, menaces de mort et tentatives de suicide : la première il y a deux ans avec oxyde de carbone ; il ne fut sauvé que parce que par hasard on ouvrit la porte. La seconde tentative date d'un an : laudanum. A cette époque, il frappe un facteur qui vient lui réclamer une lettre remise par erreur

(condamné pour ce fait à trente francs d'amende). Apparitions la nuit, voit des fantômes et n'ose pas passer d'une chambre à une autre. Cette dernière semaine, à dix heures du soir, il est descendu avec la bougie allumée, quoique le gaz brûlât encore, pour dire au concierge de ne pas continuer sa conversation dans la cour, parce que cette conversation l'empêchait de dormir. L'an dernier, il frappa brutalement son fils aîné sous prétexte qu'il avait laissé tomber une balle en jouant. Menaces de mort contre sa femme qu'il traite de putain, crapule. Grâce à elle, dit-il, il mourra sur l'échafaud. Plusieurs aliénés ou paralytiques dans sa famille. « J'attribue la maladie de mon mari à la faiblesse de sa constitution (mère morte phthisique), et à une fièvre typhoïde soignée il y a quatre ans par Pfeiffer. » A mis sa femme à la porte avant-hier, sur une dispute au sujet de pommes de terre, en lui lançant à la tête le pain et le panier à pain. Il s'était élancé sur elle avec un couteau. Puis menaces de mort. Porte toujours sur lui un revolver : il assure l'avoir jeté ; sa femme n'en croit rien.

Visite du Dr Garnier et du commissaire. Le malade lui demande à entrer volontairement à l'infirmerie du dépôt.

— Confirmation du beau-frère, Edouard Ben..., 38 ans : menaces de mort contre lui avec commencement d'exécution. Syncopes avec absences sur la voie publique ; ne sait ce qu'il fait. Scènes de scandale à son domicile pour rechercher sa femme.

— Confirmation de scènes et violences avec menaces de mort par Charles B..., 45 ans.

Certificat de séquestration à la préfecture de police
(19 *juin* 1890, *Dr P. Garnier*).

« Accidents cérébraux liés à une affection nerveuse. Goî-

tre exophthalmique, paroxismes d'agitation avec actes désordonnés, violents et menaces de mort envers sa femme. Nombreuses bizarreries depuis quelques années. Le malade a conscience, partiellement au moins, de son état et demande lui-même à être traité dans un établissement spécial ».

Dr Magnan, Ste-Anne, 20 juin.

« Est atteint d'excitation intellectuelle avec idées de persécution, irritabilité, menaces de mort contre sa femme. Goître exophthalmique. »

Dr Kéraval, Ville-Evrard, 22 juin.

« Paraît atteint de désordre des actes en rapport avec une affection organique du grand sympathique (goître exophthalmique) ; symptômes de la folie morale avec conscience. » Dicté par le Dr Kéraval. Ce malade au moment où il arrive à l'asile de Ville-Evrard, nous raconte qu'il reconnaît avoir commis des actes qui témoignent d'un désordre intellectuel évident, qu'il a pour faire réintégrer sa femme au domicile conjugal, employé des procédés dénotant une surrexcitation morbide ; que ces phénomènes d'aliénation mentale dont il a conscience peuvent être expliqués par son goître exophthalmique, mais qu'il faut également tenir compte des procédés de sa belle-mère qui l'a constamment irrité, et de sa femme qui ne lui a jamais obéi, qu'il a pu commettre des actes répréhensibles au point de vue de la loi, mais qu'il a lui-même été trompé, et qu'au lieu de le prendre par la douceur on l'a constamment heurté. « Si j'ai, dit-il, commis un faux (qu'on eût bien mieux fait de ne pas vous dire) c'est que j'avais absolument besoin de cent francs et que ces cent francs m'étaient absolument nécessaires. » Il ne veut pas s'expliquer davantage. Il est décidé à rester quelque temps parmi nous pour se remettre. Quant à la question de reprendre la vie commune, c'est encore ce qu'il fera.

Il nie formellement avoir eu des hallucinations. (Ce malade a lu des livres de médecine de toute espèce).

Il dit que les bruits qu'il en entendait dans les oreilles au moment de la période la plus vive de son excitation étaient des bruits transmis ainsi qu'il a pu s'en convaincre en étudiant avec le plus grand soin la nosographie de la maladie de Basedow dont il est affecté. En ce qui concerne les actes d'indélicatesse qui nous sont communiqués par la famille, on constate de grandes réticences de la part du malade : il déclare simplement avoir été malheureux en affaires. Nous ne l'avons pas encore poussé trop vivement sur cette question.

Bulletin de santé. 24 juin. — Notre malade avoue avoir été atteint d'un défaut d'énergie de l'activité volontaire : il prétend s'être lui-même constitué en quelque sorte malade d'esprit et avoir demandé à être traité. Il n'ignore pas avoir négligé certains de ses devoirs ; il donne à sa manière d'agir des raisons psychiques et sociales.

Très docile en apparence il demande à s'employer dans les bureaux. Santé de corps aussi bonne que le lui permet son goître exophthalmique.

1er *juillet.* — Etat mental satisfaisait. Notre malade avoue ses torts. Il reconnaît sa maladie intellectuelle et la rattache à son goître exophthalmique. Il demande non pas textuellement mais par son attitude l'indulgence.

Il semble disposé à faire ici une retraite fructueuse.

La santé physique n'est pas mauvaise.

15 juillet. — Le cou s'est développé insensiblement. Le cou à son plus grand diamètre mesure 0m.40 cm.

Souffle assez intense au niveau du goître ; pas de souffle dans les carotides. Le cœur est hypertrophié. La matité cardiaque descend jusqu'au 9e espace intercostal. Le creux épigastrique est fortement soulevé par la A l'auscultation, prolongement du premier temps à la pointe. L'exophthalmie est peu prononcée. Les palpitations sont rares ; elles se manifestent après le repas. Le malade est amaigri.

Outre ces observations, nous observons actuellement à la prison de la Santé un malade, qui nous semble atteint de maladie de Basedow (forme fruste), à début émotionnel ; et qui, à la suite de soucis graves, (inculpation inattendue) vient de présenter des troubles cérébraux à forme dépressive.

L'étude de ce malade n'est point assez complète pour que nous ayons pu la faire entrer dans le cadre de ce travail. Nous nous proposons d'en faire l'objet d'une communication ultérieure.

DIVERSITÉ DES FORMES DES TROUBLES MENTAUX DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Les observations précédentes montrent que les formes des psychoses liées à la maladie de Basedow sont diverses. M. Joffroy avait déjà attiré l'attention sur ce point dans une communication déjà citée. Il avait montré que dans ces folies on retrouvait presque constamment une forme avec dépression et ne forme avec excitation. Il les faisait même dériver des modifications premières survenues dans le caractère des malades, ceux-ci dès le début de la maladie se montrent tantôt déprimés, tantôt d'une activité excessive et d'une instabilité psychique évidente.

Les malades offrent des troubles psychiques d'intensité très variable depuis la simple hallucination jusqu'à la manie la plus plus aiguë ou au délire systématique.

Les accidents maniaques aigus ont une prédominance marquée. Ils ouvrent souvent la série des troubles psychiques graves. Et ce n'est qu'à leur suite que s'établissent les délires ou les idées délirantes.

Puis viennent par ordre de fréquence la mélancolie, accompagnée parfois d'actes délirants et les idées de persécution plus ou moins systématiques. Ces dernières ne

paraissent revêtir la fixité de véritables délires que dans certains cas,

Les hallucinations accompagnent souvent les désordres mentaux de quelque ordre qu'ils soient. Elles sont en général multipliés et frappent plusieurs sens successivement à la fois. Dans un des cas de M. Joffroy (Obs. XXIII) les hallucinations vraies dérivées d'hallucinations hypnagogiques ont été les seuls désordres mentaux observés jusqu'ici. Il est vrai que la malade est encore en cours d'observation et que nous ne savons ce qu'elle deviendra dans la suite, si un délire ou des idées délirantes ne surviendront pas.

Il n'est point rare que les troubles psychiques marchent parallèlement à la maladie de Basedow, qu'ils s'aggravent si celle-ci progresse, qu'ils reprennent si celle-ci s'améliore. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et la maladie de Basedow peut s'effacer en laissant les troubles psychiques persister.

La durée de ces troubles est variable. La forme des accidents a une influence notoire sur le pronostic. On avait déjà remarqué en effet que les malades atteints d'excitation et même de véritable manie étaient plus susceptibles de guérir que les autres, qui déprimés s'enfonçaient graduellement dans leur mélancolie. En suivant à la lettre notre statistique, nous nous inséririons en faux contre cette idée. La plupart des observations anglaises en effet qui portent la mention d'excitation maniaque se sont terminées par la mort. Et dans tous ces cas très graves, la mort a toujours été relativement rapide. Aussi à

notre sens, l'apparition des accidents maniaques rendrait le pronostic très sombre, si nous ne craignions que les observateurs aient précisément choisi ces cas pour les publier à cause de leur gravité exceptionnelle.

Pour donner une idée plus précise et plus concise des faits, nous avons dressé le tableau suivant. C'est le résumé des observations que nous avons rapportées dans cette thèse et la mise en relief des éléments qui offraient pour notre sujet un intérêt spécial.

Nos d'ordre.	Observateurs	Hérédité	Notes étiologiques.	Tare manifestée.
I	Geigel.	?	Refroidissement. Chagrins.	
II	Mackensie.	Tante paternelle et sœur avaient goitre exophth.	Mort du frère.	Epilepsie.
III	Andrews.	?	Fièv. typhoïde antérieure.	
IV	Solbrig.	?		
V	Bœttger.	Prédisposition héréditaire	Après mariage.	
VI	Nœtel.	?	?	
VII	Jensen.	Tempérament nerveux ?	Après trois grossesses.	Hystérie ?
VIII	Læhr.		Après accouchement.	
IX	C.Johnstone		Après lactation ?	Hystérie ?
X	Meynert.	Dispositions névropathiques héréditaires.	Chagrin. Mort de la mère.	
XI	Robertson.	?	?	
XII	Mac Donnel	?	?	
XIII	Rendu.			
XIV	Rendu.	Un fils aliéné.		Pas d'hystér.
XV	Savage.	Deux parents fous.		
XVI	Savage.	Cousin fou.		
XVII	Savage.	Père fou.	Affaires de succession. Mort d'une sœur.	
XVIII	Landouzy.	Prédisposition nerveuse héréditaire.		Délire à propos de causes morbides banales.
XIX	Peter.			
XX	Ballet.	Deux oncles aliénés.	Chute et peur ?	Hystérie
XXI	Renault.	Pas d'hérédité nerveuse.	Chagrins.	Pas d'hystér.
XXII	Joffroy.	Oncle minus habens.	Chagrins domestiques imaginaires.	Pas d'hystér.
XXIII	Joffroy.		Peur.	Hystérie.
XXIV	Bædeker.		Inquiétudes imaginaires.	
XXV	Bædeker.	Alcoolique. Démence. Fils à idées de grandeur.	Chagrins domestiques.	
XXVI	Bædeker.			
XXVII	Bædeker.	Nulle.	Syphilis antérieure.	
XXVIII	Keraval.	Peu nette.	Inquiétudes imaginaires. Pertes d'argent. Scènes de famille.	

Apparition du Goître exophthalmique par rapport aux troubles psychiques	Forme des troubles psychiques	Terminaison.
G. ex. initial.	Accidents maniaques. Hallucinations. Idées de persécution. Idées de grandeur.	Mort.
id.	Accidents maniaques.	Mort.
id.	Délire ? Excitation.	Mort.
G. ex. concomitant.	Mélancolie. Actes délirants. Voulait tuer ses enfants.	Guérison.
id.	Accidents maniaques. Hallucinations.	Guérison.
id.	Mélancolie « active ».	Guérison.
id.	Persécution. Hallucinations multiples.	Guérison simult. du G. ex. et des tr. psychiq.
id.	Accès d'excitation ?	Amélioration simultan.
G. ex. initial.	Idées hypocondriaques. Excitat. maniaque. Périodes de dépression intercalaires.	Mort.
G. ex. concomitant.	Agitation maniaque. Hallucinat. visuelles.	?
G. ex. initial ?	Agitation maniaque.	Mort.
G. ex. concomitant.	Accidents maniaques.	?
G. ex. consécutif.	Manie puerpérale antérieure.	Amélioration.
id.	Manie puerpérale antérieure. Hallucinat.	Amélioration probable.
G. ex. initial.	Excitation. Idées de grandeur. Marasme ?	Mort.
G. ex. concomitant ?	Idées tristes. Hallucinations visuelles. Mélancolie.	?
id.	Mélancolie. Alternat. de dépression et d'excitation. Hallucinations ?	Mort.
G. ex. consécutif.	Crises passagères d'excitation.	Amélioration probable.
G. ex. initial.	Démence ?	?
id.	Idées de persécution. Hallucinations multiples. Faibles tentatives de suicide.	
id.	Idées de persécution. Hallucinations auditives ? Tentative de suicide.	Améliorat. du goître Disparit. des tr. psych.
G. ex. consécutif.	Idées de persécution antérieures. Mélancolie. Hallucinations multiples.	Améliorat. du goître Persist. des tr. psych.
id.	Hallucinations hypnagogiques antérieures. Hallucinat. vraies post. exophthalmiques.	
G. ex. initial.	Folie hallucinatoire ? Hallucinations.	Améliorat. du goître Persist. des tr. psych.
G. ex. consécutif ?	Excitation. Idées vagues de persécution. Hallucinations visuelles.	Amélioration simultan
G. ex. initial	Manie aiguë. Idées de persécution.	Mort.
id.	Mélancolie. Hallucinations multiples.	Amélioration des tr. psychiques.
id.	Agitation. Actes délirants. Idées de persécution. Hallucinations.	

8 deaths certain, out of 28 cases. Hirsche collected 43 cases with only 6 recoveries.

DEUXIÈME PARTIE

Jusqu'ici nous avons analysé les faits et constaté la liaison des troubles psychiques avec la maladie de Basedow. Quels sont les rapports exacts de ces deux affections ?

Y a-t-il d'abord entre elles une relation autre qu'une simple coïncidence ? Cette relation est démontrée par l'évolution même de la maladie. Nous suivons en cela l'exemple de la majorité des auteurs qui voient dans les modifications du caractère, dans les simples altérations initiales un véritable symptôme de la maladie de Basedow et le premier terme des troubles psychiques qui peuvent éclater dans la suite.

Le goître exophthalmique seul peut-il augmenter ces troubles au point d'en faire une véritable psychose ? De quelle manière détermine-t-il cette transition ? Est-ce par les hallucinations que le délire commence ? Ce sont ces problèmes qui sont aujourd'hui posés. La maladie de Basedow a une cause trop obscure encore pour que ces questions puissent être tranchées avec assurance. Rien n'est encore établi avec stabilité dans son histoire et il suffit de jeter les yeux sur les théories multiples qui ont

été données de cette affection pour que nous n'y sentions aucun appui.

Les anciennes hypothèses, celles qui faisaient du corps thyroïde le siège principal de l'affection ont été abandonnées lorsqu'on vit que la maladie de Basedow pouvait exister avec l'intégrité de la glande thyroïdienne. Intégrité apparente, car la physiologie de cette organe est encore mal définie et même les altérations anatomiques dans l'affection exophthalmique sont variables et mal déterminées.

Les théories qui donnaient aux modifications cardio-vasculaires la part importante dans la production du goître exophthalmique ont aussi disparu. Cependant il convient de faire certaines réserves à leur sujet, car les données pathogéniques générales que nous tenons de l'école de M. Bouchard font que le corps thyroïde prend une valeur nouvelle et que l'altération secondaire du sang peut avoir une grande influence sur la production de cette maladie.

Et tout récemment M. le professeur Renault (de Lyon) a attribué nettement la majorité des symptômes de la maladie de Basedow à l'auto-intoxication du fait de l'insuffisance lympathique thyroïdienne (1). Cette théorie, un de ses élèves, M. Bertoye (de Lyon) l'avait exposée dans sa thèse inaugurale (2).

Actuellement, c'est encore la théorie nerveuse qui pré-

1. Renaut. *Communication à la Société médicale des hôpitaux*, 1890.

2. Bertoye. *Etude clinique sur la fièvre du goître exophthalmique.* Thèse, Lyon. 1888.

domine. Le goître exophthalmique rentre ainsi dans la classe des névroses. On a cependant tenté d'en faire une localisation plus précise.

Dans un important article où M. Gabriel Gauthier (1) révisait dernièrement ces questions, il n'hésitait pas à assigner comme point de départ à cette névrose la région bulbo-protubérantielle.

M. Barié (2) en avait donné la même localisation en s'appuyant sur ce fait que l'exophthalmie et l'hypertrophie thyroïdienne peuvent se produire à la suite de la section des corps rétiformes et que la roue bulbaire avait été le siège de lésions hyperhémiques constatées dans une autopsie de Chéalde.

Une autre difficulté s'élève encore. C'est l'association du goître exophthalmique avec les autres névroses. Autrefois cette association avait passé inaperçue. On ne savait pas que la maladie de Basedow survenait fréquemment chez des hystérique, par exemple. Aujourd'hui nous la savons liée non-seulement à l'épilepsie (3), et même à des affections plus rares d'origine névrosique, telles que l'asphyxie locale des extrémités et l'hydarthrose intermittente (4).

1. G. Gauthier. *Du goître exophthalmique considéré au point de vue de sa natureet ses causes in, Revue de médecine*, mai 1890.

2. Barié. *Communication à la Société médicale des hôpitaux*. 22 février 1889.

3. L. Gros. *Goître exophthalmique, in. Gazette hebdomadaire*. 1884.

4. Oliver. *A case of spilepsy with exophthalmie goître. Brain*, janvier 1888. p. 499.

Robertson. *Journal of mental science*. 1875.

Delasiauve. *Phénomènes nerveux du goître exophthalmique. Soc. médicale des hôpitaux*. 1874. p. 292.

Goix. *Journal des sciences médicales de Lille*. 1886.

De toutes ces névroses concomitantes, l'hystérie est la la plus commune. En 1835, Brück en Allemagne avait déjà signalé la coïncidence de l'exophthalmie chez les femmes hystériques (4). Depuis lors des observations analogues se sont multipliées : celle de Chatterton, entre autres. (6) M. Debove a insisté sur cette combinaison de l'hystérie et du goître exophthalmique (7). Et dans ses leçons du mardi M. Charcot (5) a relaté l'histoire d'une malade, que nous tenons à reproduire à cause de l'alternance curieuse des attaques d'hystérie et de la maladie de Basedow.

Observation XXIX

Extrait d'une leçon de M. Charcot. In Policlinique, 1888-89, p. 240.

Il s'agit, cette fois, d'une jeune fille âgée de 18 ans, nommée Mon..., que je vous ai présentée déjà l'an passé, et dont je me bornerai, par conséquent, à vous rappeler l'histoire en abrégé. Les antécédents héréditaires sont ici très instructifs : père alcoolique ; il a bien des fois rendu les enfants témoins de scènes violentes ; une tante paternelle a les doigts des mains déformés par le rhumatisme articulaire chronique ; une cousine germaine, toujours du côté paternel, a été atteinte de chorée. Plusieurs frères de la malade sont morts de convulsions en bas âge ; une de ses sœurs a été sujette à des crises d'hystéries.

1. Brück. *in Ammons Zeitscher*. B. IV. 1835.
2. Charcot. *Leçons du mardi. Policlinique*. 1888-89, p. 239 et 240.
3. Chatterton. *Anal. in Revue des sciences médicales*. 1874. p. 530.
4. Debove. *Société médicale des hôpitaux*. 1887.

Elle a été somnambule dans l'enfance et, vers quinze ans, elle a eu des attaques de nerfs qui, pendant un an, se sont reproduites à peu près tous les mois. La maladie de Basedow a commencé à paraître chez elle il y a deux ans, peu de jours après une scène terrible dans laquelle son père, sous le coup d'un accès de delirium tremens, l'avait menacée de la jeter par la fenêtre. Le tremblement, l'exophthalmie, le goître se sont succédé rapidement et, en même temps, les crises hystériques ont cessé de paraître. La tachycardie a été très accentuée; amaigrissement rapide, thermophobie et sueur profuses avec une température de 37° en moyenne; crises diarrhéiques typiques à propos desquelles, pour les détails, je vous renvoie à la leçon du 10 avril 1888.

Sous l'influence du traitement électro-thérapeutique, l'état de la malade s'est singulièrement amélioré, sur tous les points, depuis un an. Les symptômes de la maladie sont tout jours présents, sans doute, mais ils n'existent plus que sous une forme atténuée, et il ne nous paraît pas téméraire d'espérer qu'un jour ou l'autre, par la continuation de l'emploi des moyens appropriés, la guérison définitive pourra survenir.

Le point sur lequel je tiens à insister aujourd'hui à propos de ce troisième cas de maladie de Basedow est le suivant. En premier lieu, on observe chez notre malade, ainsi que nous le faisions pressentir tout à l'heure, cette même parésie des membres inférieurs que nous avons rencontrée déjà chez nos deux premiers sujets à des degrés divers et que nous retrouverons encore avec les mêmes caractères, mais cette fois sous une forme beaucoup plus accentuée dans un quatrième cas: absence ou diminution des réflexes rotuliens; pas de troubles de la sensibilité, quels qu'ils soient; intégrité parfaite des

fonctions de la vessie et du rectum, effondrement fréquent des membres inférieurs, etc. Tels sont, avec des variations en plus ou en moins, les principaux symptômes qui constituent cliniquement cette forme paraplégique spéciale sur laquelle nous allons revenir dans un instant.

Le second point est relatif à l'apparition chez la malade des symptômes hystériques, dans le temps même où ceux de la maladie de Basedow tendent à rétrocéder. La combinaison de l'hystérie avec la maladie de Basedow chez un même sujet n'est certes pas, chose rare ; mais, ce qu'il y a d'intéressant à relever à ce propos dans le cas actuel, c'est que les attaques hystériques qu'on a vues il y a deux ans s'effacer, au moment même où se développait la maladie de Basedow, ont repris comme de plus belle, depuis l'époque où celle-ci tend à disparaître. Il semble donc qu'il y ait là, entre les deux névroses rivales, comme une lutte pour la prééminence, l'une cédant le pas lorsque l'autre paraît et inversement. C'est là un incident de notre observation qui m'a paru mériter d'être mis en relief. L'hystérie est représentée aujourd'hui chez Mon..., non seulement par les attaques qui sont fréquentes, mais encore par un certain nombre de stigmates permanents à savoir : avarie, hémianalgésie droite et rétrécissement double du champ visuel.

Dans ces mélanges, il est peu aisé de faire la part qui revient à l'une ou à l'autre des affections. Et si même, pour parvenir à établir quelques différences, on procède par élimination, on trouve que (surtout quand il s'agit

des troubles psychiques) on peut les mettre pour la plupart sous la dépendance de l'affection alliée.

C'est ce que fit par exemple M. G. Ballet dans sa communication à la société médicale des hôpitaux. Par une habile logique, il montra chez son exophthalmique les complications psychiques dérivant d'hallucinations visuelles d'origine hystérique.

Il semble même qu'on ait dans la recherche des origines de l'hallucination un moyen de résoudre la question. Le goître exophthalmique peut-il de lui seul donner lieu à des hallucinations, et partant à du délire ? A-t-il besoin pour cela de recourir à une autre maladie, à l'hystérie entre autres ? Pour arriver à la solution de ce problème, il suffirait de montrer le goître exophthalmique déterminant des hallucinations sans hystérie concomitante.

Nous ne connaissons actuellement aucune observation précise d'un fait semblable, hormis les deux cas de MM. Renaut et Rendu. (Voir observat. pl. haut). Et peut-être ne trouverait-on point là toute l'interprétatien désirée. Les rapports de l'hallucination et du délire sont d'une extrême difficulté à établir (1). Et malgré une filiation conduite aussi strictement que le fit M. Ballet dans son cas, est-on bien sûr qu'hallucination et délire ne soient pas ensemble effets d'une même cause ignorée. On commettrait là une erreur analogue à celle que l'on commettait il y a quelques années encore en pathologie interne, quand on rapportait la tuberculose pulmonaire à l'émoptysie du début, la phtisis ab hemoptœ.

1. Ph. Chaslin, des rapports de l'hallucination et du délire. *Annales médico-psychologiques*, 1890.

Quoi qu'il en soit, il est un argument qu'on opposera toujours à la théorie qui accepterait le goître exophthalmique seul comme cause des troubles psychiques : c'est la prédisposition antérieure. Les exophthalmiques appartiennent à la grande famille névropathique, c'est un fait aujourd'hui démontré et que la fameuse observation d'oesterreicher rend d'une manière saisissante.

Cette tare inexpliquée se traduit suivant des modes très divers. Elle fait de l'hystérie, de l'épilepsie, de la folie, de la paralysie agitante. Ailleurs elle fait de la chorée. L'origine rhumatismale de cette dernière affection est apparente seulement. Le rhumatisme semble déterminer la chorée, mais en réalité il ne fait qu'affaiblir le malade.

Il permet à la tare nerveuse jusqu'alors latente de se manifester. Enfin, c'est encore la prédisposition névropathique qui fait le goître exophthalmique.

La maladie de Basedow peut, à notre sens, comprendre au nombre de ses symptômes les plus réels les troubles psychiques quelles que soient leur intensité et leur forme. La maladie de Basedow n'est pas en effet une affection simple, c'est un complexus symptomatique, la forme clinique d'une névrose générale. La dissociation de ses éléments ne peut étonner dans ce cas : et les formes dites frustes sont nécessairement fréquentes. Plus encore, le goître exophthalmique, peut présenter beaucoup des symptômes, qui appartiennent aux névroses voisines.

Nous retrouvons ainsi dans la paralysie agitante l'insomnie, l'instabilité, le besoin exagéré du mouvement,

les sensations de chaleur, et le tremblement, bien que sa modalité soit différente. Nous retrouvons encore dans la maladie de Parkinson comme dans le goître exophthalmique, le même début par choc émotionnel.

Quant à son influence sur les troubles psychiques, nous ne pensons pas que la maladie de Basedow agisse réellement à la manière d'une affection débilitante, comme le ferait par exemple une fièvre typhoïde. Nous croyons que les délirés quand ils éclatent, le goître exophthalmique, quand il exagère la gravité de ses effets somatiques ne marquent que l'aggravation de la névrose qui les produit tous deux à la fois. Si nous suivons les progrès simultanés de l'une et de l'autre affection, nous sommes logiquement tentés de mettre l'une sous la dépendance de l'autre, mais au fond c'est toujours la même maladie qui s'aggrave et concurremment augmente l'intensité des symptômes physiques et des troubles psychiques.

C'est la conclusion que nous portons aujourd'hui. Mais nous ne la donnons qu'avec réserve, car les faits ne nous permettent pas encore d'affirmer.

Un dernier point sur lequel nous voulons insister en dehors de toute préoccupation théorique, c'est le développement que la maladie de Basedow paraît donner aux troubles psychiques. Ces troubles qui sont en effet très modérés au début de l'affection prennent souvent une forme plus persistante et plus accusée au fur et à mesure que la maladie s'accroit, Tantôt ils suivent exactement la même marche que la maladie de Basedow : ils éclatent avec elle ou peu de temps après et quand les symptômes

s'amendent, l'amélioration se fait des deux côtés à la fois. Il en est ainsi dans les observations VIII et IX, où les désordres mentaux diminuaient dès que le goître exophthalmique reprenait. Tantôt la maladie de Basedow commence, puis les actes ou les idées délirantes s'établissent quelques années après, comme dans les observations de Mackensie et de Carlysle Johnstone et ils persistent ensemblent jusqu'à la mort.

En outre nous voyons dans les observations que lorsque la maladie de Basedow frappe un malade qui à une époque antérieure de sa vie, et par une cause morbide quelconque, a déjà présenté des troubles mentaux, ceux-ci non-seulement reviennent avec lui, mais en acquièrent ordinairement plus d'intensité.

CONCLUSIONS.

1° Le goître exophthalmique s'accompagne fréquemment de troubles psychiques. Les simples modifications du caractère en sont le rudiment.

2° Ces troubles psychiques peuvent aboutir à une véritable folie.

3° Les délires observés revêtent des formes diverses (agitation maniaque, mélancolie, persécution).

4° Ces désordres mentaux sont-ils sous la dépendance du goître exophthalmique seul, ou dérivent-ils d'une prédisposition antérieure (vesanie, hystérie, épilepsie), l'état actuel de nos connaissances ne permet pas encore, vu le petit nombre des faits observés, de refondre la question.

5° La seule donnée certaine que nous ayons des faits est que la maladie de Basedow facilite chez les prédisposés l'éclosion des délires et tend à les aggraver.

Vu par le président de la thèse

DEBOVE.

Vu par le doyen,

BROUARDEL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

Paris. — Imprimerie des Ecoles, Henri JOUVE, 15, rue Racine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andrews. Goître exophthalmic with insanity, in American Journal of insanity. 1870.

B. Ball. Goître exophthalmique in Gazette des hôpitaux. 1873.
— Leçons sur les maladies mentales. Paris. 1880.
— Goître exophthalmique, in l'Encéphale, 8e année. 1888.

G. Ballet. De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goître exophthalmique. Revue de médecine. 1883.

— L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leur rapport avec le goître exophthalmique et l'hystérie. Revue de médecine. 1888.

— Des idées de persécutton dans le goître exophthalmique. Bulletins de la société médicale des hôpitaux. 28 février et 18 avril 1890.

Barié. Communication à la société médicale des hôpitaux. Séance du 22 février 1889.

Bertoye. Etude clinique sur la fièvre dans le goître exophth. Th. Lyon. 1888.

J. Bœdeker. Etude clinique sur les troubles mentaux dans le cours de la maladie de Basedow. Charité. Annalen. 1889.

Brück. Ammon's Zeitschr. Bd. IV. 1835.

Charcot. Leçons du mardi policlinique. 1888-89.

Ph. Chaslin. Des rapports de l'hallucination et du délire. Annales médico-psychologiques. Juillet-août. 1890.

C. Latterton. Anal. in Revue des sciences médicales. 1874.

Debove. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux. 1887. nº 15.

Delasiauve. Phénomènes nerveux du goître exophthalmique. Bulletin de la société médicale des hôpitaux. 1874.

G. Gauthier. Du goître exophthalmique considéré au point de vue de sa nature et de ses causes. Revue de médecine. 1890.

Geigel. Wursburger medic. Zeitschr. 1866. Bd. VII.

Goix. Journal des sciences médicales de Lille. 1886.

Grasset. Traité pratique des maladies du système nerveux. Ed. 1886.

Graves. Edit. française par Jaccoud. 1862.

L. Gros. Goître exophthalmique. Gazette hebdomadaire. 1864.

W. Hammoud. Maladies du système nerveux. trad. Labadie Lagrave. 1879.

Hiffelsheim. Observations de goître exophthalmique. Bulletin de l'académie de médecine. 1859-60.

Jaccoud. Traité de pathologie interne. Paris.

A. Joffroy. Des rapports de la folie et de la maladie de Basedow. Annales médico-psychologiques. Mars-avril 1890.

— Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow Bulletins de la société médicale des hôpitaux. 1890.

C. Johnstone. Journal of mental science. Janvier 1884.

Lacoste. Contribution à l'étude du goître exophthalmique. Th. Paris. 1877.

Landousy. Journal de médecine et de chirurgie pratiques 1886. p. 537.

Luton. Art. goître exophthalmique, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (Jaccoud).

Marie. Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. 1883. Th. Paris.

Morell Mackensie. Transactions of the clinic. society. London 1868.

Oliver. A case of epilepsy with exophthalmic goitre Brain. Janvier 1888

Peter. Goître exophthalmique. Climique in bulletin médical. Avril-mai 1890.

Renault. Observation pour servir à l'histoire des troubles cérébraux symptomatiques de la maladie de Basedow. Bulletins de la Société médicale des hôpitaux. 1890.

Rendu. Art. Goître exophthalmique du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Dechambre).

Bobertson. Journal of mental science. Janvier 1875.

Rosenthal. Maladies du système nerveux. trad. Lubanski. 1878.

G. Savage. Goître exophthalmique avec troubles mentaux Guy's hospital Reports. 1882. T. XXVI.

Solbrig. Wirchow-Hirsch. 1870.

Stokes. Edit. française par Senac. 1864.

Teissier. Congrès de Clermont pour l'avancement des sciences. 1876.

Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Ed. 1877.

Turgis. Recherches et observations pour servir à l'histoire du goître exophthalmique. Th. Paris 1863.

Vigouroux. Progrès médical 1888.

Villeneuve. Goître exophthalmique. Th. Paris. 1876.